Nr. 15. 12. kwietnia 1930 Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

J. V. SUPNIEWSKI. Kraków.

Z badań nad własnościami farmakologicznemi pochodnych koraminy.

II. Dwuetylamid kwasu gama-pirydynokarbonowego.

Z Zakładu Farmakologji Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie.

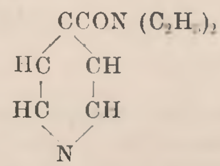
Dwuetylamid kwasu nikotynowego posiada ciekawe własności farmakologiczne pobudzania ośrodkowego układu nerwowego oraz pobudzania aparatu autonomicznego serca.

Własności te bardzo są podobne do własności farmakologicznych niektórych związków terpenowych np. ketonu terpenowego — kamfory.

Zważywszy, że dwuetylamid kwasu nikotynowego (koramina) jest związkiem bardzo łatwo rozpuszczalnym w wodzie, że łatwo i szybko ulega wessaniu z jelit, — staje się rzeczą zrozumiałą, iż preparat ten wypiera z lecznictwa przetwory kamforowe.

Koramina pobudza czynność ośrodkowego układu nerwowego, a przedewszystkiem ważnych dla życia ośrodków, mieszczących się w rdzeniu przedłużonym. Pobudza ona ośrodek oddechowy i naczynioruchowy; z tego też powodu znalazła zastosowanie przy leczeniu zapadu oraz schorzeń dróg oddechowych. Działanie koraminy na serce spożytkowano do leczenia nagłych niedomóg sercowych, szczególnie gdy aparat mięśniowy serca nie jest uszkodzony.

W poprzedniem naszem doniesieniu (Pol. Gaz. Lek. Nr. 8, 1931) omawialiśmy własności farmakologiczne dwuetylamidów kwasów alfa i beta-pirydynokarbonowych, obecnie zajmiemy się omówieniem własności farmakologicznych dwuetylamidu kwasu gamapirydynokarbonowego.



Dwuetylamid kwasu gama-pirydynokarbonowego.

Pod względem własności fizycznych i chemicznych amid ten różni się nieznacznie od odpowiednich amidów kwasów alfa i beta. Rozpuszcza się bardzo łatwo w wodzie, dając obojętne roztwory. Związek ten zsyntetyzowano w pracowni t-wa akc. Spiess i Syn w Warszawie.

Toksyczność dla białych myszy.

Białym myszom wagi 18—20 g wstrzykiwano podskórnie kolejne dawki dwuetylamidu kwasu gama-pirydynokarbonowego. W 20—30 minut po wstrzyknięciu obserwowano u zwierząt tych pobudzenie oddychania, podniecenie ruchowe, które przechodziło w napady szału. Myszy wykonują nagłe duże skoki i kręcą się wkoło.

Po wprowadzeniu dawki śmiertelnej obserwowano objawy bezwładu (ataksji) wreszcie śmierć z powodu porażenia oddychania. Po ustaniu ruchów oddechowych serce bije jeszcze przez czas pewien. Wyniki doświadczeń podajemy w następującej tabeli.

Toksyczność dwuetylamidu kwasu gama-pirydynokarbonowego dla białych myszy po wprowadzeniu drogą podskórną.

Dawka g/kg	0.4	0.5	0.6	0.65	0.7	0.8
Wstrzyknięto myszom	2	2	3	3	2	1
Żyje myszy po 24 h	2	2	3	0	0	0

Dawka śmiertelna preparatu dla białych myszy wynosi (po wprowadzeniu drogą podskórną) 0.65 g/kg.

Działanie na krążenie.

Ciśnienie krwi.

Doświadczenie wykonano na kotach narkotyzowanych 1.4 g/kg uretanu. Wstrzyknięcie dożylne dawki 0.005—0.02 g/kg dwuetylamidu kwasu gama-pirydynokarbonowego wywoływało u zwierząt tych początkowo mierny, dość nagły spadek ciśnienia krwi, następnie powolny powrót do poziomu prawidłowego, oraz powolny bardzo długotrwały wzrost ciśnienia krwi.

Badania onkometryczne.

Objętość jelita cienkiego. Doświadczenie wykonano na kocie narkotyzowanym 1.4 g/kg uretanu. Objętość pętli jelit cienkich zapisywano przy pomocy onkometru Schafera. Wstrzyknięcie dożylne 0.02 g/kg preparatu wywoływało w okresie spadku ciśnienia krwi zwiększenie objętości pętli jelit cienkich zamkniętych w onkometrze. W miarę powrotu ciśnienia krwi do poziomu prawidłowego objętość jelit wracała do stanu pierwotnego. Z chwilą, gdy następował okres wzrostu ciśnienia krwi, równolegle zmniejszała się objętość jelit.

Objętość prawego płatu wątroby. Do doświadczeń użyto kota narkotyzowanego 1.4 g/kg uretanu. Objętość wątroby zapisywano onkometrem powietrznym Schafera. Po dożylnem wstrzyknięciu 0.02 g/kg preparatu obserwowano, w okresie spadku ciśnienia krwi, nagłe zwiększanie się objętości płata wątroby zamkniętego w onkometrze, zaś w okresie powrotu ciśnienia krwi do poziomu prawidłowego objętość wątroby zmniejszała się do stanu poprzedniego. W okresie wzrostu ciśnienia krwi obserwowano ponowne, dość powolne jednak duże zwiększanie się objętości wątroby i dopiero w miarę powrotu ciśnienia krwi do poziomu prawidłowego wątroba przybierała prawidłową objętość.

Objętość kończyny tylnej kota. Dożylne wstrzyknięcie 0.02 g/kg preparatu wywołało u kota równolegle do wzrostu ciśnienia krwi zmniejszanie się objętości kończyny kota zamkniętej w pletyzmografie wodnym.

Objętość prawego płuca kota. Do doświadczenia użyto kota narkotyzowanego 1.4 g/kg uretanu. Dożylne wstrzyknięcie 0.02 g/kg preparatu wywołuje w okresie spadku ciśnienia krwi mierne zwiększanie się objętości płuca zamkniętego w onkometrze. W miarę powrotu ciśnienia krwi do poziomu prawidłowego objętość płuc zmniejsza się. W okresie wzrostu ciśnienia krwi obserwowano jedynie mierne zmniejszenie się objętości płuca.

Działanie na serce.

Krzywa kardjometryczna serca kota. Do doświadczeń użyto kota narkotyzowanego uretanem (1.4 g/kg). Objętość serca zapisywano przy pomocy kardjometru Hendersona. Dożylne wstrzyknięcie 0.02 g/kg preparatu zwiększało nieco objętość serca, zwiększało jego objętość pulsową i przyśpieszało uderzenia (prawidłowo 162 uderz. na minutę, po wstrzyknięciu preparatu 172 uderzeń).

Krzywa kardjograficzna serca królika. Do doświadczenia służył królik narkotyzowany uretanem (1.4 g/kg). Ruchy serca zapisywano przy pomocy transmisji pneumatycznej, łącząc bębenek zapisujący z prawą komorą serca. Po dożylnem wstrzyknięciu (do żyły szyjnej 0.04 g/kg (5%) preparatu obserwowano początkowo nieznaczne zwolnienie uderzeń serca oraz mierne obniżenie amplitudy skurczowej serca. Po paru minutach występowało dość długotrwałe przyśpieszenie tętna i nieznaczne zwiększenie amplitudy skurczów serca.

Wyosobnione serce żaby. Doświadczenie wykonano z sercem żaby wodnej przy zastosowaniu techniki Strauba.

Roztwory od 1/100.000.000 do 1/1000 wywoływały przyśpieszenie czynności wyosobnionego serca żaby oraz wywoływały mierne zwiększenie amplitudy skurczów serca.

Wyosobnione serce królika. Perfuzję serca królika uskuteczniono przy pomocy metody i aparatu Locke'a.

Wstrzyknięcie 0.5 cm^3 roztworów 1/1000—1/500—1/200 preparatu do kaniuli aortowej wywoływało przyśpieszenie czynności serca (prawidłowo 120 uderzeń na minutę, po wstrzyknięciu preparatu 180 uderzeń na minutę) początkowo wywoływało nieznaczny spadek amplitudy skurczowej serca, następnie mierny wzrost tejże amplitudy, utrzymujący się przez dłuższy czas. W okresie tym obserwowano wyraźne zwiększenie wypływu płynu z serca (prawidłowo 60 kropli na 30 sekund, po wstrzyknięciu preparatu 140 kropel na 30 sekund). Po upływie kilkunastu minut występują pewne nieregularności w czynności serca. Występują skurcze dodatkowe z węzła Tawary, przepuszczanie skurczów serca, pochodzące z węzła zatokowego, wreszcie zwolnienie czynności serca, nie znikające po zatruciu serca atropiną.

Działanie na naczynia.

Perfuzja naczyń żaby. Do doświadczeń tych służył preparat naczyniowy żaby według Trendelenburga. Perfuzja 1/1000 roztworu preparatu wywoływała nieznaczny skurcz naczyń żaby, mierzony wypływem cieczy z żyły brzusznej (prawidłowo wyciekało około 51 kropel na minutę, po 1/1000 rozczynie preparatu 36 kropel).

Perfuzja naczyń szczura. Białemu szczurowi wlewano do aorty zstępującej ciepły nasycony tlenem płyn Ringera i mierzono wypływ cieczy z żyły głównej dolnej. Prawidłowo wyciekało z żyły tej około 8 cm³ płynu na minutę. Po wstrzyknięciu do aorty 1 cm³ 1% rozczynu preparatu obserwowano w ciągu następnej minuty zmniejszenie wypływu cieczy z żyły do ilości 0.5 cm³ oraz szybki powrót do warunków prawidłowych (8 cm³).

* * *

Dwuetylamid kwasu gama-pirydynokarbonowego działa na krążenie podobnie jak dwuetylamidy kwasów alfa i beta pirydynokarbonowych. Bezpośrednio po wstrzyknięciu obserwujemy nagły spadek ciśnienia krwi, zależny w pewnej mierze od zwolnienia czynności serca (zadrażnienia ośrodkowe nerwu błędnego) oraz od nieznacznego zmniejszenia skurczów mięśnia sercowego, w głównej zaś mierze od rozszerzenia naczyń krwionośnych jamy brzusznej, które zdaje się być również ośrodkowego pochodzenia. Po okresie spadku ciśnienia krwi, następuje okres wzrostu ciśnienia zależny od przyśpieszenia czynności serca i miernego zwiększenia amplitudy skurczów sercowych oraz od skurczu naczyń krwionośnych jelitowych. W okresie spadku ciśnienia krwi obserwujemy wzrost objętości jelit, wątroby, płuc, natomiast w okresie wzrostu ciśnienia krwi obserwujemy zmniejszanie się objętości jelit oraz kończyn przy równoczesnem zwiększeniu się objętości wątroby. Masy krwi wypchnięte z jelit, początkowo gromadzą się w naczyniach włoskowatych wątroby. Wzrost objętości płuc w okresie spadku ciśnienia krwi zależy od chwilowej niewydolności serca. Po podaniu małych dawek preparatu nie obserwowaliśmy zupełnie okresu spadku ciśnienia krwi, jedynie tylko mierny wzrost ciśnienia, który jest jednak bardzo indywidualny; u jednych zwierząt występuje bardzo wyraźnie, u drugich obserwujemy go dopiero po podaniu większych dawek preparatu. Zauważono, że po wstrzyknięciu równych dawek koraminy i dwuetylamidu kwasu gama-pirydynokarbonowego zawsze wzrost ciśnienia krwi był większy po tym drugim preparacie.

Dwuetylamid kwasu gama-pirydynokarbonowego pobudza wyosobnione serca żab do szybszych i silniejszych skurczów już w rozcieńczeniu 1/100000000. Działanie to skierowane jest na elementy autonomiczne serca. Związek ten wywiera identyczne działanie na wyosobnione serce królika. Większe stężenia preparatu działają szkodliwie na aparat autonomiczny serca królika, wskutek tego w sercu takiem powstają niemiarowości, zależne bądź od zadrażnienia bądź od porażenia autonomicznych zwojów sercowych.

Dwuetylamid kwasu gama - pirydynokarbonowego wywołuje nieznaczny skurcz naczyń krwionośnych żaby i szczura, zależny prawdopodobnie od bezpośredniego działania na ich elementy kurczliwe.

Działanie dwuetylamidu kwasu gama-pirydynokarbonowego na krążenie zależy od dwóch czynników .Związek ten zadrażnia ważne ośrodki, regulujące krążenie, a mieszczące się w rdzeniu przedłużonym, wywołując po podaniu dawek większych spadek ciśnienia krwi zależny od zadrażnienia ośrodka sercowego — nerwu błędnego oraz od działania na ośrodki naczynioruchowe. Mniejsze dawki zadrażniają ośrodki naczynioruchowe rdzenia, wywołując wzrost ciśnienia krwi.

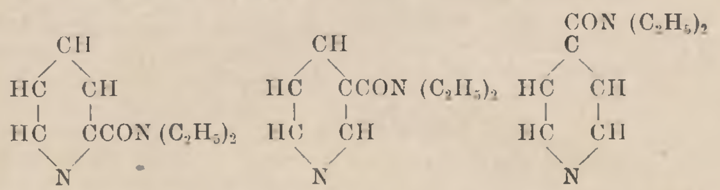
Prócz działania ośrodkowego dwuetylamid kwasu gama-pirydynokarbonowego wywiera również działania układowe przedewszystkiem na układ autonomiczny serca, pobudzając serce do szybszych i silniejszych skurczów, zwiększając wydatek serca i przez to serce współdziała w mechaniźmie wzrostu ciśnienia krwi, obserwowanego po podaniu tego preparatu.

Działanie obwodowe dwuetylamidu kwasu gama-pirydynokarbonowego na naczynia krwionośne nie zdaje się być ważnym czynnikiem zmian ciśnienia krwi obserwowanego po dożylnem wstrzyknięciu tego związku.

Działanie na oddychanie.

Już doświadczenia przeprowadzone na myszach dowiodły, że dwuetylamid kwasu gama-pirydynokarbonowego wywiera bardzo silne działania pobudzające na mózgowie tych zwierząt. Działanie to jest silniejsze niż działanie koraminy. U zwierząt zatrutych naszym preparatem obserwowaliśmy nadzwyczaj silne pobudzenie ruchowe, jakiego nigdy nie obserwowaliśmy po koraminie. Zwierzęta dostawały formalnego napadu szału, wykonywały gwałtowne skoki, ruchy oddechowe były silnie pobudzone. Zwierzęta narkotyzowane uretanem często budziły się po wstrzyknięciu dwuetylaminu kwasu gama-pirydynokarbonowego; było to nawet przykrem powikłaniem doświadczeń prowadzonych na królikach i kotach. Na kotach narkotyzowanych uretanem przeprowadzono badania porównawcze nad minimalnemi dawkami koraminy i dwuetylamidu kwasu gama-pirydynokarbonowego, wywołującemi pobudzenie ośrodków oddechowych tych zwierząt. Po wprowadzeniu dożylnem w rozczynie 1% koramina dopiero w dawce 0.008 g/kg wywoływała mierne krótkotrwałe pobudzenie ośrodka oddechowego. Wyraźne działanie na ośrodek oddechowy występowało dopiero po podaniu 0.012 g/kg koraminy. Dwuetylamid kwasu gama-pirydynokarbonowego już po wprowadzeniu dawki 0.005 g/kg wywoływał silne długotrwałe (do 10 min., podrażnienie oddychania, wyrażające się dużem zwiększeniem amplitudy oddechowej oraz dużem zwiększeniem częstości oddechów. Krzywa oddechu po podaniu tego preparatu różniła się wybitnie od krzywej oddechu po wprowadzeniu dożylnem małych dawek koraminy. Pobudzenie oddechu po dwuetylamidzie kwasu gama-pirydynokarbonowego występowało nagle, zwykle poprzedzone krótkotrwałym okresem zahamowania ruchów oddechowych, było bardzo znaczne i trwało względnie długo. Krzywa pobudzenia oddechu była bardzo podobna do krzywych, obserwowanych po wstrzyknięciu dożylnem lobeliny. Działanie tego związku na ośrodek oddechowy jest jednak bardzo indywidualne. Stwierdzono, że u jednych kotów względnie małe dawki preparatu wywoływały silne pobudzenie, natomiast u innych nawet duże dawki preparatu wywoływały mierne zwiększenia amplitudy oddechowej.

Dwuetylamidy kwasów beta i gama pirydynokarbonowych są bardzo do siebie podobne pod względem swych własności farmakodynamicznych, a różnią się bardzo od własności farmakologicznych dwuetylamidu kwasu alfa-pirydynokarbonowego.



Dwuetylamidy kwasów pirydynokarbonowych

kwasu alfa kwasu beta kwasu gama

Najbardziej toksycznym związkiem dla białych myszy (po wprowadzeniu drogą podskórną), był amid kwasu beta (koramina — dawka śmiertelna 0.5 g/kg), mniej toksycznym był amid kwasu alfa (dawka śmiertelna 0.6 g/kg), wreszcie najmniej toksycznym był amid kwasu gama (dawka śmiertelna 0.65 g/kg), aczkolwiek dawki śmiertelne tych trzech związków różnią się nieznacznie między sobą. Po podaniu tych preparatów śmierć u zwierząt następowała z powodu porażenia ośrodka oddechowego.

Dwuetylamidy kwasów gama i beta pirydynokarbonowych działają pobudzająco na czynność ośrodkowego układu nerwowego, natomiast dwuetylamid kwasu alfa-pirydynokarbonowego działa narkotycznie, przyczem dwuetylamid kwasu gama działa silniej od dwuetylamidu kwasu beta.

Dwuetylamidy kwasów beta i gama pirydynokarbonowych pobudzają ośrodek oddechowy ssaków, przyczem związek gama działa silniej. Dwuetylamid kwasu alfa-pirydynokarbonowego nie wywiera tego działania.

Na system krążenia krwi wszystkie te trzy amidy działają podobnie. Wprowadzone dożylnie wywołują początkowo spadek ciśnienia krwi, zależny w pewnej mierze od zadrażnienia jądra sercowego nerwu błędnego (M a s s a r t (Arch. intern. Physiol XXVII, 34 1930) znalazł to dla koraminy) następnie mierny wzrost ciśnienia krwi, zależny w dużej mierze od działania na ośrodek naczynioruchowy. Po wprowadzeniu równych dawek obserwujemy bardzo nieznaczny wzrost ciśnienia krwi po dwuetylamidzie kwasu alfa-pirydynokarbonowego, nieco większy po amidzie kwasu beta, a największy po amidzie kwasu gama. Wskazywałoby to, że dwuetylamid kwasu gama pirydynokarbonowego działa najsilniej z trzech badanych amidów na ośrodek naczynioruchowy. Mechanizm spadku i wzrostu ciśnienia krwi po wprowadzeniu badanych trzech amidów był ten sam.

Wszystkie trzy dwuetylamidy kwasów pirydynokarbonowych wyraźnie działały na serce, mianowicie na układ autonomiczny serca.

W bardzo małych dawkach amidy te wywoływały przyśpieszenie ruchów wyosobnionego serca żaby oraz zwiększały amplitudę skurczów sercowych, przyczem amidy kwasów alfa i beta pirydynokarbonowych różniły się od siebie w działaniu nieznacznie, natomiast amid kwasu gama działał nieco mocniej (w większem rozcieńczeniu). Na wyosobnione serce królika związki te działały w sposób podobny. Większe dawki tych amidów wywoływały w wyosobnionem sercu królika zaburzenia rytmu, zależne od działania na zwoje sercowe. W stosunku do serca kota *„in situ"* amidy te zachowywały się odmiennie. Początkowo wywoływały zwolnienie czynności serca (wagotonja ośrodkowa) oraz zmniejszenia amplitudy skurczów serca, później amidy kwasów beta i gama pirydynokarbonowych wywoływały mierne przyśpieszenie ruchów serca, oraz mierny wzrost amplitudy skurczów serca. Amid kwasu gama działał tu mocniej od amidu kwasu beta.

Wszystkie trzy badane amidy wywoływały nieznaczny skurcz obwodowych naczyń krwionośnych (niezależnie od zmian kalibru naczyń pochodzenia ośrodkowego).

Z trzech badanych przez nas amidów kwasów pirydynokarbonowych najsilniej działał farmakodynamicznie w stosunku do krążenia, oddychania oraz czynności mózgowia dwuetylamid kwasu gama-pirydynokarbonowego. Związek ten wywierał silniejsze działanie od koraminy na oddychanie i krążenie, z tego powodu może być z powodzeniem stosowany w miejsce koraminy w niedomogach narządu krążenia lub oddychania jako silny środek pobudzający.

Dr. Władysław DOBRZANIECKI. Lwów.

Wpływ usunięcia zwojów współczulnych na zachowanie się rozmaitych przeszczepów skórnych autoplastycznych i homoplastycznych.

Z Kliniki Chirurgicznej A (Dyr. Prof. Dr. R. Leriche) i z Instyt. histologji (Dyr. Prof. Dr. P. Bouin) Uniw. w Strasburgu.

Ciąg dalszy.

Wolna autotransplantacja skóry. (5 królików).

We wszystkich naszych doświadczeniach usuwaliśmy płaty skórne z wewnętrznej powierzchni małżowiny o rozmiarach 4×6 cm a po wycięciu chrząstki wymienialiśmy płaty między obu małżowinami. Przeszczepianie to było poprzedzone zawsze jednostronnem wycięciem górnego zwoju szyjnego.

Makroskopowo stwierdzaliśmy, że przeszczepy po stronie sympatektomji w pierwszych dniach po zabiegu były obrzękłe, mniej przylegające i wykazywały obfitszy wysięk na brzegach płatów przeszczepionych aniżeli po stronie nieoperowanej.

Między 5-tym a 7-mym dniem obrzęk płatów i wysięk ustępowały a przeszczepy przybierały wygląd prawidłowy.

W 24 dni po transplantacji przeszczepy były zupełnie wgojone, dobrze ruchome na swej podstawie i nie różniące się zupełnie od skóry otaczającej.

Po stronie gdzie zwoju nie usunięto, przeszczepy dają obraz skóry prawidłowej o mniejszej sinicy, bez obrzęku, w przeciwieństwie do obrazu strony przeciwnej.

Między 4-tym a 7-mym dniem stwierdza się pośrodku i na brzegach przeszczepu kilka małych ognisk martwiczych. Wysięk jest bardzo nieznaczny a makroskopowo przeszczepy są bardziej suche i cienkie. Z czasem wytwarza się dokoła przeszczepów wyraźna tkanka keloidowa, czego nie spostrzegamy po stronie, po której nie usunięto górnego zwoju.

Po 24 dniach przeszczepy wykazują większe objawy zanikowe, są one pofałdowane i bardziej zrosłe ze swem podłożem.

Badanie drobnowidowe skrawków pobranych w 2, 4, 6, i 8 dniu po stronie sympatektomji wykazuje: w 2 dni znaczne rozszerzenie naczyń w środku i na obwodzie łożyska; po 4 dniach rozszerzenie naczyń utrzymuje się ciągle, w niektórych zaś tętniczkach widzimy bardzo wyraźne bujanie nabłonka. Brak wyraźnego odczynu zapalnego. W 6 i 8 dniu dostrzegamy wyraźną hiperplazję nabłonka i tworzenie się młodej tkanki łącznej.

W 20 dni po zabiegu przeszczepy są zupełnie wgojone i tworzą jedną całość ze swem podłożem. Linja między przeszczepami a podłożem jest słabo zaznaczona przez bujanie młodych naczyń. Stwierdzamy również zjawiska organizacji w obrębie chrząstki i tkanki łączno-naczyniowej przeszczepu z rozrostem fibroblastów, bardzo wyraźną hiperplazję nabłonka na wszystkich preparatach jak również przerost warstwy brodawkowatej.

Badanie drobnowidowe skrawków pobranych w tych samych okresach czasu po stronie, gdzie zwój szyjny pozostał nietknięty, wykazuje: rozszerzenie żył i bardzo słabo zaznaczone rozszerzenie tętnic. W kilku miejscach widzimy komórki olbrzymie i reakcję fibroblastów. W całej tkance łączno-naczyniowej, nieznaczne nacieki limfocytarne śródmiąższowe.

Po 20 dniach stwierdza się wyraźną reakcję łączno-tkankową, przeszczepy są dobrze wgojone, lecz odcinają się wyraźnie od podłoża przez obfite bujanie młodej tkanki łącznej. Wyraźne obrazy proliferacji w zakresie chrząstki.

Przeszczepy płatków nabłonkowych.

Płatki nabłonkowe Ollier-Thierscha znajdują różnorodne zastosowanie kliniczne. Używa się ich nietylko do pokrycia ubytków skórnych spowodowanych urazem, oparzeniem, odmrożeniem, porażeniem prądem elektrycznym, schorzeniami odżywczemi i t. d., lecz także dla pokrycia owrzodzeń spojówkowych (Everbusch) ubytków śluzówki nosa i jamy ustnej (Thiersch, Esser, Mauclaire, Moszkowicz, Dobrzaniecki) oraz krtani, po zabiegach na uchu środkowem (Politzer) i dla odtworzenia przewodu przyusznego. Esser użył dwukrotnie płatków takich do podskórnej plastyki przełyku i dla rekonstytucji przedniej ściany pęcherza przy jego wynicowaniu. Tym sposobem również Müller odtworzył światło cewki moczowej na przestrzeni 8 cm. Nové-Josserand stosował je dla przeprowadzenia tunelu w spodziectwie. Podobne próby czyniono także w celu pokrycia ubytków opony twardej, dla odtworzenia pochwy, dla pokrycia jam kostnych (Delbet) i t. d.

Właściwy sposób Ollier-Thierscha ulegał licznym zmianom pod względem grubości i rozmiarów przeszczepu jakoteż przygotowania łożyska. Lusk stosował *vesicatoria* w celu wywołania powierzchownych pęcherzy których używał jako materjału do transplantacji. Westhnes pobierał części płatków Ollier-Thierscha i przeprowadzał je przy pomocy igły przez ziarninę tak, że jedna część płatka tkwiła w głębi ziarniny, druga zaś znajdowała się na powierzchni rany. Po upływie 2—3 dni gdy nastąpiło już ustalenie się przeszczepu, usuwał ziarninę, co powodowało szybkie odtwarzanie się nabłonka. Braun wprowadzał w głąb ziarniny fragmenty nabłonka w całości, które rozrastając się, pokrywały stopniowo całą powierzchnię ranną.

Autotransplantaty nabłonkowo-skórne. (4 króliki).

Delikatność skóry królika powoduje pewne trudności techniczne w pobieraniu płatów nabłonkowych. W naszych doświadczeniach przeszczepialiśmy płaty takie ze skóry brzucha lub grzbietu na małżowinę.

Po stronie sympatektomji w 2—3 dni po transplantacji spostrzegamy większą sinicę przeszczepów tak, że makroskopowo wygląd ich jest znacznie gorszy w porównaniu ze stroną, gdzie zwoju nie usunięto. Po 5—7 dniach znika sinica a pojawiają się małe wysepki martwicze przeszczepów po stronie operowanej podczas gdy po stronie przeciwnej widzi się duże ubytki w płatkach nabłonkowych.

Wynik ostateczny: wgojenie się płatków z obu stron bez keloidów i bez widocznej różnicy po jednej i drugiej stronie.

Badanie drobnowidowe materjału pobranego w 2, 4, 6 i 8 dniu po stronie sympatektomji wykazuje rozszerzenie i jędrność naczyń łożyska a w jednym ze skrawków dostrzegamy bardzo wyraźne bujanie śródbłonka w jednej z tętniczek. Inne skrawki wykazują, że przeszczepy przyjęły się na dość znacznej przestrzeni. Od podłoża oddziela je tylko bardzo delikatna linja wysięku włóknikowego, w niektórych zaś miejscach wgojenie się jest zupełne. Linja oddzielenia w całej prawie rozciągłości jest zaznaczona przez naciek leukocytarny, który zresztą spotykamy również na zewnętrznej powierzchni przeszczepu. Naczynia tętnicze i żylne przeszczepu są zapadnięte, niektóre tętniczki są zgrubiałe, zaczopowane skrzepem. W przeszczepie nie dostrzegamy włókien nerwowych. Na powierzchni widzimy silne złuszczenie się nabłonka.

Tam gdzie przeszczepy nie przyjęły się stwierdzamy młodą ziarninę, podłoże wykazuje jędrność naczyń i pączkowanie młodych naczyń w pewnej odległości od linji demarkacyjnej, jako też nieliczne wylewy krwawe. W innych skrawkach przeszczepy wykazują powierzchowną martwicę.

W samym przeszczepie widzimy już bujanie młodej tkanki łącznej (fibroblasty) wraz z naciekami leukocytarnemi.

10-tego dnia przeszczepy są dość dobrze wgojone a oddzielają je tylko resztki wylewów krwawych od podłoża. Obfite bujanie tkanki łącznej, nieznaczny jej obrzęk na granicy przeszcze-

pów, brak odczynu ze strony naczyń. Nacieki zapalne łożyska bardzo słabo zaznaczone.

Po stronie po której nie usunięto zwoju, stwierdzamy rozległą martwicę przedewszystkiem na ich powierzchni jak również obfite nacieki w samych przeszczepach. Spostrzegamy również daleko więcej zmian destruktywnych aniżeli po stronie przeciwnej. Rozszerzenie naczyń łożyska, organizacja tkanki łącznej w porównaniu ze stroną operowaną o wiele słabiej zaznaczona, ogniska martwicze w łożysku występują o wiele wyraźniej.

W 10-tym dniu przeszczepy przyjęły się należycie tylko na pewnej przestrzeni. Obfite bujanie tkanki łącznej, obrzęk i wyraźny odczyn zapalny łożyska.

Autotransplantacja skóry uszypułowanej. (4 króliki).

Przeszczepianie uszypułowane nie jest ściśle biorąc prawdziwą transplantacją, w większości bowiem wypadków naczynia szypuły odżywiają płat. Coprawda przy płatach dużych rozmiarów naczynia szypuły odżywiają je tylko częściowo, zależnie od ich anatomicznego przebiegu, ogólnych warunków krążenia, wieku danego osobnika i t. d. — dlatego też partje obwodowe dużych płatów możnaby uważać za pewnego rodzaju transplantację wolną.

Makroskopowo przeszczepy uszypułowane zachowują się naogół jak przeszczepy wolne.

Po stronie sympatektomji stwierdzamy zawsze wyraźny wysięk, przeszczepy są obrzękłe, zgrubiałe, o wyglądzie sinawym.

Przeszczepy po stronie przeciwnej są więcej suche, wysięk mało zaznaczony. Dość wyraźnie występuje częściowa martwica brzegów przeszczepu. Po upływie 2—3 tygodni na obwodzie przeszczepów pojawia się tkanka keloidowa wyraźnie rozwinięta, jakiej nie widzimy po stronie sympatektomji. Obmacywaniem stwierdzano, że przeszczepy są twardsze, skurczone, mniej przesuwalne w stosunku do podstawy i mniej przejrzyste.

Badanie drobnowidowe preparatów pobranych w 3, 5, 8-mym dniu po zabiegu wykazuje obfite złuszczanie się warstwy zrogowaciałej, pączkowanie naczyń w przeszczepie i łożysku, jako też znaczne rozszerzenie naczyń żylnych. Prócz tego widzimy lekko zaznaczoną martwicę między przeszczepem a brzegiem łożyska, odczyn łączno-tkankowy wokół chrząstki i nieliczne wylewy krwawe w samem łożysku.



Ryc. 2. Mikrofotografja. Powiększenie 45-krotne.
Torbiel nabłonkowa powstała w przeszczepie. — a) przeszczep.

Materjał pobrany w 12 dni po transplantacji wykazuje po stronie sympatektomji zupełne gojenie się przeszczepu, objawy reakcji i bujania młodej tkanki łącznej (fibroblasty, makrofagi) wzdłuż wolnych brzegów chrząstki, definitywne pokrycie nabłonkiem i organizowanie się młodej tkanki łącznej.

W jednym ze skrawków pobranych w 36 dni po transplantacji stwierdzono bardzo wyraźną torbiel nabłonkową (epidermalną) w obrębie przeszczepu (rycina 2).

Po stronie, gdzie sympatektomji nie wykonano, badania materjału pobranego między 3-cim a 8-mym dniem wykazują, że przeszczepy w niektórych swych partjach nie przyjęły się. W łożysku stwierdzamy martwicę i wylewy krwawe. Również i w obrębie chrząstki spotykamy ogniska martwicze. W innych skrawkach stwierdzamy też tkankę ziarninową i nacieki olbrzymiokomórkowe.

W 12-tym dniu przebieg wgajania się przeszczepów jest mniej zaawansowany aniżeli po stronie operowanej. Dostrzegamy jeszcze resztki martwicy w przeszczepach i w łożysku, w tem ostatniem nadto wylewy krwawe. W jednym z preparatów naczynie tętnicze wykazuje bujanie błony wewnętrznej, odczyn rozrodczy chrząstki, kilka ognisk zapalnych w głębi łożyska.

Wolna homotransplantacja skóry. (4 króliki).

Wszystkie przypadki homotransplantacji dały wynik ujemny. W ciągu trzech pierwszych dni wygląd przeszczepów nie różni się w niczem pod względem klinicznym od autotransplantatów. W 4-tym jednak lub 5-tym dniu występuje bardzo wyraźna martwica na brzegach płatów, postępująca dość szybko ku środkowi i to szczególnie po stronie poddanej sympatektomji. Gdy jednak po stronie nieoperowanej znajdujemy klinicznie obraz martwicy suchej, ma ona po stronie sympatektomji charakter martwicy wilgotnej, postępującej w tempie znacznie szybszem. Wydzielenie zupełne przeszczepów po stronie operowanej następuje o 3—4 dni wcześniej, aniżeli po stronie nietkniętej.

Drobnowidowo już między 2-gim a 4-tym dniem daje się zauważyć zwyrodnienie komórek nabłonkowych. 5-tego dnia widzimy po stronie sympatektomji zupełną martwicę przeszczepu i silny odczyn w łożysku. Po stronie przeciwnej, martwica przeszczepu, odczyn łożyska, rozszerzenie naczyń żylnych.

18-tego dnia po stronie nieoperowanej silna reakcja na brzegach rany, po drugiej stronie przebieg gojenia się nieco dalej posunięty.

24-tego dnia — zgojenie się ran po obu stronach.

W ogólności badania nasze pozwalają nam stwierdzić, że gojenie się po homotransplantacji jest zawsze opóźnione i przebiega powolniej.

Jeśli porównamy dwie rany o wymiarach ściśle takich samych, z których jedna jest pokryta homotransplantatem, druga zaś pozostaje bez przeszczepu, to obserwujemy stale tak klinicznie jak drobnowidowo, że rana niepokryta homotransplantatem goi się po 10-ciu dniach, podczas gdy rana nim pokryta goi się w okresie dwukrotnie dłuższym, licząc od wydzielenia się przeszczepu, a jeśli bierzemy pod uwagę dzień wykonania zabiegu, okres ten jest prawie trzykrotnie dłuższy. Dowodzi to, że homotransplantacja wywiera niewątpliwie działanie toksyczne ogólne lub miejscowe, opóźniające restytucję nabłonka. To działanie toksyczne lub uodparniające jest też powodem, dla którego skutki sympatektomji zaznaczają się o wiele słabiej aniżeli w przypadkach autotransplantacji lub gojenia się rany zwyczajnej.

Wpływ sympatektomji jest niewątpliwy o ile chodzi o wydzielenie przeszczepu. Wydzielenie to przebiega wyraźnie daleko szybciej po stronie operowanej. Objawy zapalne w łożysku są znacznie wyraźniejsze, lecz po wydzieleniu się przeszczepu rana w ciągu 5—7 dni pokryta jest brudno-szarą ziarniną i nie ma barwy zdrowej, różowej, którą widzimy zwykle po stronie sympatektomji, jeśli ograniczymy się tylko do usunięcia skóry i chrząstki bez przeszczepiania.

Homotransplantaty nabłonkowo-skórne. (4 króliki).

Wydzielanie się płatków Ollier-Thierscha opóźnia się o 2—3 dni w porównaniu z homotransplantatami skóry całej. Przebieg jego jest mniej więcej jednakowy po obu stronach. Wygojenie zupełne jest opóźnione w porównaniu ze zwierzęciem kontrolnem, na którem homotransplantacji nie wykonano.

Drobnowidowo stwierdza się od 3-go dnia wybitniejsze objawy zwyrodnienia nabłonka po stronie sympatektomji a w 7-mym lub 8-mym dniu występuje dość gwałtownie martwica przeszczepu, daleko wyraźniej zaznaczona po stronie operowanej. W ogólności komórki nabłonkowe homotransplantatów tego rodzaju żyją nieco dłużej od komórek wolnego transplantatu całej grubości skóry. Również gojenie się rany po wydzieleniu się homotransplantatów nabłonkowych występuje wcześniej w porównaniu z przebiegiem gojenia się rany po homotransplantacji całej skóry.

Wstrzykiwanie zawiesiny nabłonka (gąszczu nabłonkowego).

Istnieje cały szereg schorzeń w których wskazane jest przeszczepianie skóry lub nabłonka, gdzie jednak stosowanie metod wyżej opisanych z racji pewnych szczególnych warunków nie daje dobrych wyników. W tych przypadkach możemy wykonać posiew nabłonka, względnie wstrzykiwanie zawiesiny tegoż. Tam gdzie powierzchnia rany jest pokryta wydzieliną ropną, bardziej wskazanem jest wstrzykiwanie nabłonka. W naszych doświadczeniach stosowaliśmy tego rodzaju wstrzykiwania w celu obserwacji zachowania się komórek nabłonkowych w środowisku zmienionem przez sympatektomję.

Posiew nabłonka różni się tem od innych rodzajów przeszczepiania skóry, iż nie pobiera się płatków skórnych tej lub innej grubości, lecz pobiera się same komórki nabłonkowe za pomocą zeskrobywania, które wraz z krwią tworzą masę papkowatą. Gąszcz ten rozsiewa się w miejscu ubytków skórnych.

Po zwykłem przygotowaniu miejsca pobrania, napina się skórę, poczem brzytwą ustawioną prostopadle do jej powierzchni zeskrobuje się powierzchowne warstwy nabłonka. Pierwsze posunięcia brzytwy usuwają powierzchowną warstwę naskórka, składającą się z martwych komórek warstwy zrogowaciałej. Przy następnych posunięciach docieramy do komórek żywych, t. j. do warstwy rozrodczej. Rozumie się samo przez się, że skutkiem falistego układu warstwy brodawkowej wierzchołki brodawek ulegają jednocześnie ścięciu, co powoduje pojawienie się punkcikowanych krwawień włoskowatych naczyń warstwy brodawkowej. Pojawienie się tych punktów daje nam pewność, że dotarliśmy do właściwej warstwy komórek rozrodczych. Skuteczność posiewu opiera się na sile żywotnej i na zdolności rozmnażania się tych komórek.

Końcowy wynik tej metody nie różni się niczem od sposobu Ollier-Thierscha ani pod względem klinicznym ani też drobnowidowym i praktycznie ma prawie takie samo zastosowanie. Jednym z najciekawszych przypadków klinicznych stosowania tej metody stanowi odtworzenie kanału nosowo-łzowego przez Hackera. Autor ten wprowadzał gąszcz nabłonkowy na nitce jedwabnej przez zarośnięty kanał nosowo-łzowy, pozostawiając ją *in situ* przez 4 tygodnie. Po wyjęciu nitki kanał ten był zupełnie drożny.

Pels Leusden i Reschke wstrzykiwali gąszcz nabłonkowy w ziarninę pokrytą wydzieliną ropną. Po 2—3 dniach ziarnina oczyszczała się i pojawiały się wyspy nabłonkowe na jej powierzchni w kilku miejscach. W przypadkach wrzodów troficznych Hilarowicz podminowuje nożem brzegi owrzodzenia i w kieszonkę w ten sposób powstałą wprowadza gąszcz nabłonkowy. Tego rodzaju postępowanie daje dobre wyniki nawet w tych przypadkach, gdzie sympatektomja okołotętnicza zmniejszyła tylko owrzodzenie, które nie miało tendencji do gojenia się.

Reschke wstrzykiwał gąszcz nabłonkowy popod *ulcus rodens* i owrzodzenia gruźlicze, ażeby przez wytworzenie barjery nabłonkowej popod dnem owrzodzenia, znieść jego odżywienie i w ten sposób doprowadzić do zmian łączno-tkankowych w samem owrzodzeniu. Reschke stwierdza, że komórki nabłonkowe mają do pewnego stopnia działanie wyjaławiające. Pod ich wpływem rany nawet najbardziej zakażone zmieniają się w ciągu kilku dni do niepoznania. Tego samego zdania jest i Braun, który zauważył, że wstrzykiwanie gąszczu nabłonkowego w przerwach 2—3 tygodniowych sprowadza szybkie gojenie się ran zakażonych i ropiejących, zanieczyszczonych moczem i kałem, u chorych gorączkujących i t. d.

Należy tu jednak zaznaczyć, że nabłonek przeszczepiony tworzyć może torbiele. Reverdin, który pierwszy je zaobserwował, nadał im nazwę urazowych torbieli nabłonkowych. W ostatnich czasach Kletter zauważył ten sam objaw wykonując przeszczepianie sposobem Brauna. Jak już wyżej wspomniano, w jednem z naszych doświadczeń uzyskaliśmy również zupełnie wyraźną torbiel nabłonkową. Nasuwa się pytanie, czy torbiele te mogą ulec zwyrodnieniu złośliwemu. Pels Leusden zaznacza, że komórki nabłonka przeszczepionego są zbyt dojrzałe i zróżnicowane pod względem swej budowy, ażeby mogły przedstawiać niebezpieczeństwo zwyrodnienia rakowego.

W każdym razie w dobie obecnej w przeciwieństwie do dawnych zapatrywań uznajemy możliwość wgajania się samych komórek nabłonkowych bez tkanki łącznej które to komórki zdolne są do samoistnego rozradzania się.

Wstrzykiwanie zawiesiny autotransplantatów nabłonka.
(6 królików).

Doświadczenia te przeprowadzaliśmy w ten sposób, że na jednem posiedzeniu operacyjnem usuwano skórę i chrząstkę małżowiny jakoteż górny zwój szyjny. Wstrzykiwanie zawiesiny nabłonka stosowaliśmy dopiero po pojawieniu się ziarniny, t. j. w 2—3 dni po pierwszym zabiegu, ponieważ skóra małżowiny jest zbyt delikatna, by można je wykonać wcześniej.

Przebieg kliniczny przedstawiał się w sposób następujący: w 2—3 dni pojawiają się na powierzchni rannej maleńkie wysepki nabłonka, początkowo okrągłe, które w następnych dniach wysyłają wypustki w różnych kierunkach. Jest charakterystycznem, że wypustki te posuwają się w kierunku sąsiednich wysp nabłonkowych. Tam zaś gdzie brak jest nabłonka w pobliżu nie można zauważyć żadnej tendencji do bujania i pokrywania ubytku w ciągu pierwszych dni.

Po stronie sympatektomji rozrastanie się tych małych wysepek jest tak szybkie, że często już w 6-tym dniu cała powierzchnia pokrywa się nowowytworzonym nabłonkiem, równocześnie zaś zupełna regeneracja nabłonka po stronie przeciwnej jest ukończona przynajmniej w 4—6 dni później. Zaznaczyć również należy, że po stronie, po której sympatektomja nie była wykonana, kilkakrotnie zauważyliśmy brak pojawienia się wysepek nabłonkowych. W tych przypadkach rany pokrywały się przez rozrost nabłonka od obwodu, t. j. od brzegów rany.

Wstrzyknięte komórki nabłonkowe mają zawsze dążność do wydostania się na powierzchnię rany. Tylko w jednym przypadku na 6 królików, t. j. na 12 wstrzyknięć gąszczu nabłonkowego znaleźliśmy wysepkę komórek nabłonkowych z wyraźnie zaznaczoną karjokinezą warstwy rozrodczej w poziomie chrząstki, po zupełnem wygojeniu się rany.



Ryc. 3. Mikrofotografja. Powiększenie 100 x. Wstrzykiwanie autoepithelium (po 6. dniach). a) nowopowstały nabłonek, b) złogi włóknika.

Do badań drobnowidowych należy pobierać skrawki najpóźniej w 36—48 godzin, ponieważ później trudno jest odróżnić rozrastające się komórki wstrzyknięte od komórek posuwających się z brzegów rany. Należy robić skrawki serjowe i badać je bardzo dokładnie. Badanie drobnowidowe wykazuje po stronie sympatektomji w 2 dni po wstrzyknięciu powierzchnię pokrytą masami martwiczemi, z licznemi naciekami leukocytarnemi i obrzękiem tkanki łączno-naczyniowej. Naczynia są ziejące i zawierają znaczną ilość leukocytów. W preparatach stwierdzamy dalej bardzo wyraźne bujanie komórek nabłonkowych wstrzykniętych. W głębi nie znajdujemy wstrzykniętego nabłonka. W 4 dni po wstrzyknięciu pobrano powtórnie materjał do badania, w którem drobnowidowo stwierdza się duże ogniska martwicze na powierzchni. W paru miejscach okazały się na powierzchni rany wysepki nabłonka, z których rozrasta się on pokrywając powierzchnię pod warstwą włóknika i ciałek wielojądrzastych. Regeneracja ta aczkolwiek na niedużej przestrzeni jest niewątpliwie czynna i w pełnym rozwoju. Na obwodzie stwierdzamy również objawy regeneracji nabłonka pochodzącego niewątpliwie z brzegów rany.

W 6 dni po wstrzyknięciu rana jest jeszcze pokryta częściowo masami martwiczemi z wysiękiem włóknikowym, szczególnie na brzegach. W środku preparatów stwierdza się na podłożu młodej tkanki ziarninowej wyraźne objawy dalej już posuniętej regeneracji. Wysepki nowopowstałego nabłonka przedstawiają się w postaci pasm. (ryc. 3). Zaznaczona jeszcze jędrność naczyń, w głębi kilka ognisk zapalnych.

U jednego królika pobraliśmy skrawki tylko po stronie sympatektomji, albowiem tylko po tej stronie stwierdzono makrosko-

powo pokrywanie się rany nabłonkiem, po stronie bowiem przeciwnej rana pokryta była wydzieliną ropną bez najmniejszych śladów gojenia się.

Na podłożu gdzieniegdzie bliznowaciejącem spostrzega się młodą tkankę ziarninową, której fibroblasty rozrastają się w różnych kierunkach, niekiedy zaś biegną wzdłuż nowopowstałych naczyń. W głębi biegną one prostopadle do kierunku naczyń, w pobliżu powierzchni zachowują swoją postać gwiaździstą. Ta tkanka ziarninowa jest jeszcze częściowo pokryta wysiękiem włóknikowym, zmieszanym z masami martwiczemi, nacieki jednak leukocytarne są już skąpe.

Tu i tam odnajduje się blisko powierzchni małe wyspy wstrzykniętego nabłonka, którego jądra wykazują obrazy mitozy. Ponad niemi lub też w najbliższem ich sąsiedztwie powierzchnia ziarninowa pokryta jest pasmami nowowytworzonego nabłonka wyraźnie odgraniczonemi od nabłonka posuwającego się z brzegów rany. Nowopowstały nabłonek jest częściowo już dobrze zorganizowany w warstwę podstawową i kilka warstw nabłonka płaskokomórkowego z dążnością do rogowacenia. W innych miejscach znajduje się on między ziarniną a złogami włóknika, przyczem brak jest jeszcze definitywnego jego zróżnicowania i dojrzałości. W tych samych skrawkach pobranych z części obwodowych małżowiny widzi się rozszerzone naczynia wypełnione skrzepami, martwicę i objawy zapalne w sąsiedztwie, dość odległem jednak od ognisk bujającego nabłonka. To powikłanie zupełnie nie stanowi zapory w szybkiem wgajaniu się komórek nabłonkowych po stronie sympatektomji. W innych naczyniach zmian szczególniejszych nie stwierdzono.



Ryc. 4. Mikrofotografja. Powiększenie 140 x. Wstrzykiwanie autoepithelium (po 15 dniach). a) wysepka nabłonka z obrazami karjokinezy i słabo zaznaczonym odczynem tkanek sąsiadujących.

10-tego dnia zauważyć można zupełną regenerację i przerost nabłonka na podłożu rozwiniętej tkanki łącznej. Znajduje się również kilka ognisk nieznacznego nacieku dokoła aczyń. Przerost warstwy kolczastej nabłonka podłoża.

15-tego dnia po wstrzyknięciu niema już w głębi nacieków zapalnych. W jednym ze skrawków widzimy rekanalizację zakrzepów w tętniczce.

Po stronie, po której zwoju nie usunięto, wyniki uzyskane w pierwszych dniach po wstrzyknięciu różnią się tylko co do mniej zaznaczonego odczynu podłoża i mniej podkreślonej dążności do rozrastania się komórek w przeciwieństwie do strony, gdzie wykonano sympatektomję. Rana nie wykazuje dążności do gojenia, brak również odczynu ze strony tkanki łączno-naczyniowej.

6-tego dnia widzi się jeszcze rozległe powierzchnie martwicze. Na powierzchni rany złogi włóknika i liczne nagromadzenie leukocytów. Pod warstwą włóknika stwierdzić można rozrostanie się młodego nabłonka pod postacią długiego pasma z przerwami, ściśle złączonego z tkanką ziarninową. Wyraźnie zaznaczone objawy zapalne, częściowo martwica chrząstki.

10-tego dnia: zupełne wygojenie się, brak śladów zapalenia z wyjątkiem kilku małych ognisk limfocytarnych dokoła naczyń.

15-tego dnia: dość silny odczyn ze strony ochrzęstnej, w głębi na poziomie chrząstki odnaleść można wyspę wstrzykniętego nabłonka żyjącego, z obrazami karjokinezy w warstwie rozrodczej. (Rycina 4). Dok. nast.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Mieczysław CHLIPALSKI. Kraków.

Z kazuistyki ciał obcych zapomnianych w jamie brzusznej w czasie zabiegów.

Z oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz: Doc. Dr. J. Zubrzycki.

Przypadki niecelowych pozostawień ciała obcego w jamie brzusznej w czasie zabiegów chirurgicznych, dawniej spotykane dosyć często, zdarzają się już dzisiaj stosunkowo rzadko. Dlatego też i nawet najbogatsza w tej dziedzinie statystyka Neugebauera obejmująca 236 przypadków ma obecnie zaledwie historyczne znaczenie. Niemniej jednak ze statystyk właśnie dowiadujemy się o różnorodności ciał obcych pozostawianych w jamie brzusznej w czasie dokonywania zabiegu chirurgicznego. Zaliczyć do nich należy w pierwszym rzędzie gaziki, chustki do osłaniania jelit, kleszczyki naczyniowe, szczypczyki i nożyczki.

Przed niedawnym czasem mieliśmy sposobność spostrzegać na oddziele położniczym i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie przypadek pozostawienia w jamie brzusznej ciała obcego. Opis tego przypadku ze względu na ciekawe momenty towarzyszące przebiegowi sprawy poniżej przytaczam.

Przypadek ten dotyczy chorej lat 59, która zgłosiła się na oddział w dniu 2 września 1930. (L. hist. chor. 7041/938). W wywiadach podała co następuje: pierwszą miesiączkę miała w 19. roku życia, następne zupełnie prawidłowe, ostatnia przed rokiem. Rodziła 7 razy siłami natury. Ostatni poród przed 14 laty. W połogach nie gorączkowała. Nie roniła. Po ostatnim porodzie t. j. w roku 1916 zauważyła powiększenie się brzucha i na skutek tego poddała się zabiegowi chirurgicznemu, w czasie którego usunąć miano u niej guz jajnikowy nieznanej bliżej natury. Zabieg ten wykonano z końcem 1916 r. Po zabiegu czuła się zupełnie zdrowa. Dopiero w r. 1922, t. j. w 5 lat później zaczęła odczuwać dolegliwości w postaci bolesnych biegunek, ustawicznego parcia na stolec i bólów dołem brzucha. W miarę nasilania się tych objawów następowało również coraz to większe wyniszczenie ogólne. Przed 2 laty zauważyła nadto wydobywanie się jakiegoś ciała z kiszki stolcowej podczas oddawania stolca.

Z danych badania przedmiotowego zasługujących na szczególniejszą uwagę: na powłokach brzusznych stara blizna pooperacyjna w linji środkowej ciała od spojenia do pępka. W górnym biegunie tej blizny przepuklina na przestrzeni około 7 cm. Obmacywaniem stwierdza się bolesność w dole brzucha, zwłaszcza po stronie prawej. W czasie badania przez pochwę wyczuwa się ciało przypominające kształtem narzędzie chirurgiczne, leżące poza macicą i schodzące z jednej strony wzdłuż tylnej ściany pochwy nieco ku dołowi, a z drugiej przechodzące ku górze poza trzonem macicy ku stronie prawej jamy brzusznej. Tamże wybadać je można od strony powłok brzusznych. Ruchomość tego ciała dość znaczna. Przez odbytnicę udaje się dokładnie określić, że ciało to kształtem odpowiada kleszczykom naczyniowym, których jedno ramię objęte kamieniem kałowym zachowane jest w całości, a drugie wyraźnie odłamane.

Wykonane zdjęcie rentgenologiczne (rysunek 1) potwierdziło w zupełności wynik badania przedmiotowego.

W dniu 16 września 1930 r., ze względu na przepuklinę w bliźnie pooperacyjnej otwarto jamę brzuszną z zamiarem równoczesnego usunięcia drogą naturalną kleszczyków znajdujących się w esicy. Po okrojeniu worka przepuklinowego, którego treść stanowiła przyrośnięta sieć, pooddzielano nieliczne i wiotkie zrosty w okolicy esicy, na której ścianie nie zauważono żadnych blizn. Równocześnie asystent drogą przez odbytnicę usunął kleszczyki naczyniowe długości 16 cm, przedstawione na rysunku 2.

Jak już wspomniałem przypadki pozostawienia ciała obcego w jamie brzusznej w czasie zabiegu chirurgicznego należą obecnie do rzadkości i chociażby z tego względu uważam, że podanie spostrzeganego na oddziele przypadku jest w zupełności usprawiedliwione.

Poza tem jednak przypadek ten należy ponadto do wyjątkowych ze względu na okres czasu przez jaki zapomniane w czasie zabiegu chirurgicznego ciało obce pozostawało w jamie brzusznej i ze względu na losy jakie w tym czasie przebyło.

Jak z opisu wynika, kleszczyki pozostawały w jamie brzusznej około 14 lat. Okres to czasu niezwykle długi. O tak długiem przebywaniu ciała obcego pozostawionego w jamie brzusznej tylko nieliczne wzmianki spotykamy w odnośnem piśmiennictwie. Po 14 latach naprzykład usunęli Watson i Desnoes gazik z jamy brzusznej pozostawiony w czasie zabiegu na wyrostku robaczkowym. Hefting opisuje samoistne wydalenie gazika drogą przez

kiszkę stolcową po 12 latach (zejście przypadku bardzo zbliżone do naszego). O przypadku pozostawionych kleszczyków naczyniowych w jamie brzusznej przed 10 i ½ laty wspomina Fergusson, Stewart, a przed 8 i ½ laty Ellison.

Przypadek nasz, poza tym niezwykle długim okresem czasu, w którym ciało obce pozostawało w jamie brzusznej zasługuje na uwagę przez niecodzienne i rzadko opisywane zejście. Mam tu na myśli samoistne przedostanie się kleszczyków do esicy, bez pozostawienia prócz nielicznych, wiotkich zrostów żadnych zresztą śladów swej obecności w wolnej jamie otrzewnej, co więcej bez pozostawienia śladów w miejscu przebicia jelita jak również i bez znaczniejszych objawów chorobowych. Neugebauer na 236 przypadków zebranych z odnośnego piśmiennictwa przytacza zaledwie 22 o podobnem zejściu, polegającem na samoistnem wydaleniu pozostawionego przedmiotu z jamy brzusznej do odbytnicy.

Naogół więc biorąc, takie korzystne zejścia samoistne jak w naszym przypadku należą stosunkowo do rzadkich. Zazwyczaj bowiem przychodzi do powikłań, mogących stać się punktem wyjścia długotrwałych schorzeń, a nawet zejścia śmiertelnego (Neugebauer).

Jak już na początku wspomniałem dzisiaj już bardzo rzadko spostrzegamy przypadki niecelowego pozostawienia ciał obcych w jamie brzusznej w czasie zabiegów chirurgicznych. Przypisać to należy w pierwszym rzędzie odpowiedniemu zorganizowaniu przepisów ostrożności mających na celu niedopuszczenie do wspomnianych zdarzeń. O nich też kilka słów pokrótce pozwolę sobie nadmienić.

Celem ochrony przed możliwością mimowolnego pozostawienia ciała obcego w jamie brzusznej w czasie zabiegu chirurgicznego stworzono cały szereg, nieraz bardzo zawiłych sposobów postępowania zapobiegawczego. Słusznie jednak zauważa Baisch, że im bardziej są one zawiłe, tem większe kryją w sobie niebezpieczeństwo że zawiodą. Z drugiej zaś strony nadmienić należy, że słusznem jest ogólnie zresztą obecnie przyjęte zapatrywanie (Kappis), iż do dziś dnia niema sposobu postępowania dającego zupełną pewność powodzenia. A jest ich nie mała liczba. W zasadzie dążą one wszystkie do stworzenia warunków jaknajściślejszej kontroli liczby narzędzi i ilości materjału opatrunkowego używanych w zabiegach chirurgicznych. Celem ułatwienia tej kontroli polecali naprzykład Schröder i Tait używanie jaknajmniejszej ilości narzędzi. Inni znowu wprowadzili w tymsamym celu do sal operacyjnych statywy służące do zawieszania na nich poszczególnych rodzajów narzędzi chirurgicznych aby ułatwić przejrzystość i szybkie ich przeliczenie. Podobnych statywów używano też na chustki do osłaniania jelit i wszystkie inne rodzaje opatrunków używanych w czasie zabiegów. Niektórzy w dodatku jak Mikulicz zaopatrywali jeszcze chustki kolorowemi kulami szklanemi, przymocowanemi do nich nitką. Kula taka po osłonięciu jelit chustką zwisając poza obręb pola operacyjnego zwracać miała uwagę na obecność chustki w jamie brzusznej. W tym samym celu Calman polecał zaopatrywać każdą chustkę w nić 2 m długą, której wolny koniec po założeniu chustki do jamy brzusznej przywiązywano do nóg stołu operacyjnego. Bircher zaś i O. Rossel zaopatrywali nitkę chustki plombą ołowianą zwisającą poza pole operacyjne. To samo zadanie spełniać miały kleszczyki przypinane do ułożonych w jamie brzusznej chustek, układane poza polem operacyjnem. Kreutzmann wprowadził znaczenie chustek nierozpuszczalnym atramentem, w ten sposób, że jeden tuzin chustek znaczony był I. II. III. i t. d., drugi tuzin 1. 2. 3 i t. d., trzeci tuzin A, B, C, i t. d. Neugebauer główny nacisk kładzie na dobre uśpienie chorego, wychodząc ze słusznego założenia, że złe uśpienie zmuszające operatora do przerw w zabiegu jest jednym z momentów sprzyjających zapomnieniu o znajdującem się w obrębie pola operacyjnego narzędziu czy chustce. Kładzie on również nacisk na dobór zawsze jednej i tejsamej zgranej asysty w zabiegach chirurgicznych. Z drugiej strony, mając na celu dobro samego operatora t. j. chcąc go na wszelki wypadek uchronić od niemiłych następstw sądowych żądał na swojej klinice podpisywania przez chorych przed zabiegiem oświadczeń, że zgadzają się na wszystkie konsekwencje wynikłe z zabiegu chirurgicznego. Za jego przykładem podobnych oświadczeń żądali także Schauta, Chrobak, Dührssen, Kossmann, Everke i inni. Przeciw żądaniu podobnych oświadczeń występowali jednak niektórzy jak naprzykład Haberda, który odmawiał im jakiejkolwiek wartości prawniczej, Wölfler i Döberauer, którzy dopatrywali się w żądaniu od chorych takich oświadczeń pewnego rodzaju objawu słabości ze strony lekarzy, a z drugiej strony przyczyny braku zaufania ze strony chorych do lekarzy.



Rys. 1.



Rys. 2.

Uwzględniając niepewność i niewystarczalność tych rozmaitych sposobów postępowania zapobiegawczego, wysiłki operatorów zwróciły się w kierunku stworzenia sposobów umożliwiającego jaknawcześniejsze stwierdzenie obecności ciała obcego w jamie brzusznej, a to ze względu na to, aby wcześniejszem wkroczeniem zapobiec rozwojowi niebezpiecznych następstw. Starano się w tym celu zużytkować promienie Roentgena którymi wykrycie metalowych ciał obcych nie natrafia zwykle na większe trudności. Inaczej jednak przedstawia się sprawa gazików, chustek i kompresów, których wykrycie promieniami Roentgena jest niemożliwe ze względów zasadniczych. Chcąc i to umożliwić radzą niektórzy używanie w zabiegach chirurgicznych chustek i gazików odpowiednio sporządzonych. W tym też celu Halban poleca zaopatrywać każdy gazik względnie chustkę pomklewanym pierścieniem metalowym. Liebmann czyni podobnie używając do tego celu plomb ołowianych, Döderlein jako ciała kontrastowego dla promieni Roentgena używał drutu z bronzu wplatanego w gazę. Ponieważ jednak ciała te jak pierścienie me-

talowe, drut lub plomby ołowiane w razie pozostawienia gazika lub chustki w jamie brzusznej same przez się wywołać mogą szereg powikłań przez uszkodzenie narządów w sąsiedztwie których się znajdą, sposoby te nie zyskały wielu naśladowców. Niedomagania poprzednich sposobów stara się ostatnio usunąć Cahn przez wprowadzenie gazy kontrastowej szczególnie do tego celu sporządzonej. Doświadczenia w tym kierunku przeprowadzone, wykazały, że obecność takiej gazy np. w jamie brzusznej dzięki wplecionym w nią celowo impregnowanym nitkom daje się łatwo rentgenologicznie wykryć, a nie stwarza ona tych trudności w użyciu i niebezpieczeństw jak poprzednio wymienione ciała metalowe.

Możnaby wymienić jeszcze cały szereg polecanych sposobów używanych tak w celach zapobiegawczych jak i kontrolnych, które konkurują nieraz między sobą oryginalnością pomysłów, z których jednak tylko nieliczne znalazły szersze uznanie. Większość ich cechuje jednomyślność co do pewnych zasadniczych warunków ogólnie dzisiaj znanych i przyjętych, które w czasie zabiegów chirurgicznych powinny być przestrzegane, a które temsamem chronią do pewnego stopnia przed przypadkowem pozostawieniem ciała obcego.

Stosunkowo wysoki odsetek, dosięgający 80% ogólnej liczby przypadków pozostawionych ciał obcych przypada według statystyki Albitzky'ego na zabiegi ginekologiczne. Przypisać to należy w pierwszym rzędzie niekorzystnym warunkom w zabiegu, wynikającym z pomieszczenia narządów rodnych głęboko w miednicy małej. To pociąga za sobą trudności techniczne związane ze złym dostępem do pola operacyjnego. W myśl powyższego, celem uniknięcia omawianego rodzaju powikłań zabiegu powinniśmy położyć główny nacisk na stworzenie sobie należytego dostępu do pola operacyjnego.

Na naszym oddziele staramy się to uzyskać za pomocą całego szeregu prostych, będących w powszechnem użyciu środków postępowania, których jednak nigdy nawet w najprostszych zabiegach nie pomijamy.

W pierwszym więc rzędzie zwracamy szczególną uwagę na należyte znieczulenie chorej, które ułatwia znacznie dostęp do pola operacyjnego powodując zwolnienie napięcia mięśni brzusznych, a z drugiej strony przeprowadzone bez zarzutu, zapobiega równocześnie chwilowym przerwom w zabiegu, które Neugebauer, jak to już wyżej wspomniałem, uważa za główną z przyczyn sprzyjających pozostawieniu ciała obcego w jamie brzusznej w czasie zabiegu. Takie bowiem następstwa złego znieczulenia jak stany bezdechu, ruchy wymiotne i t. p. stwarzają dla samego zabiegu chirurgicznego jak najgorsze warunki, a powodując zamieszanie w tempie zabiegu kryją temsamem w sobie niebezpieczeństwo zabłąkania się ciała obcego w obrębie pola operacyjnego względnie poza niem.

W wysokim stopniu ułatwia dostęp do pola operacyjnego usunięcie z jego najbliższego sąsiedztwa wolnych pętli jelit. To uzyskujemy ułożeniem chorej w pozycji Trendelenburga, które pomimo że posiada cały szereg stron ujemnych dla chorych (Trendelenburg, Franz) jest nieocenionym środkiem pomocniczym w zabiegach ginekologicznych. Stosujemy to ułożenie chorej zawsze, o ile nie zachodzi szczególniejsze przeciwwskazanie do niego.

Zdając sobie sprawę z tego, że stworzenie dogodnego dostępu do miednicy małej zależy także w wysokim stopniu od jakości i rodzaju cięcia którem otwieramy powłoki jamy brzusznej, w każdym cięższym zabiegu na narządach rodnych używamy cięcia które dowolnie bez żadnych trudności możemy każdej chwili przedłużyć. Dlatego też w większości zabiegów ginekologicznych prowadzimy cięcie w linji środkowej ciała dochodząc — na co szczególniejszą zwracam uwagę — aż do samego spojenia łonowego. (Przy prawidłowych stosunkach anatomicznych i odpowiedniej ostrożności operatora niema obawy niebezpieczeństwa uszkodzenia pęcherza moczowego). Tak nisko kończące się cięcie, przedłużone od zazwyczaj będącego w użytku najwyżej od 1½ do 2 cm udostępnia w bardzo znacznym stopniu okolicę narządów rodnych i ułatwia wykonywanie technicznych chwytów operacyjnych. Zwłaszcza ma to znaczenie przy zabiegach w których schodzimy w głąb ku podstawie miednicy.

Najważniejszym momentem, który zdaniem naszem zabezpiecza przed pozostawieniem ciała obcego w jamie brzusznej w czasie zabiegu chirurgicznego jest należyte osłonięcie i oddzielenie reszty jamy brzusznej wraz z narządami w niej zawartemi od właściwego pola operacyjnego. Osłonięcie to jednak musi być tak przeprowadzone, aby ewentualnie w czasie zaburzeń wynikłych z powodu nienależytego znieczulenia, jelita znajdujące się w oddzielonej części jamy brzusznej nie mogły wtargnąć w obręb pola operacyjnego. Sposób więc postępowania jaki w tym celu stosujemy powinien być tak dobrany, aby zapewnił utrzymanie się jelit w tem położeniu przez cały czas trwania zabiegu. Na oddziale uskuteczniamy to przy pomocy dużych chustek uszytych z podwójnej warstwy kalikotu o wymiarach 100×100 cm. Zazwyczaj używamy chustek trzech, które pojedynczo rozłożone umieszczamy w jamie brzusznej osłaniając najpierw jedną jelita w linji środkowej a następnie dwoma pozostałemi, jelita po bokach jamy brzusznej. W ten sposób pętle jelit, które już pod wpływem położenia Trendelenburga opadły w górny odcinek jamy brzusznej zostają jeszcze podsunięte ku górze wspomnianemi chustkami i w tem położeniu przez nie utrzymane. Nawet wśród niekorzystnie przebiegającego znieczulenia, przemieszczenie jelit jest możliwe dzięki posługiwaniu się chustkami o dużych wymiarach, wskutek tego bowiem zostają one jakby zaklinowane między tylną ścianą jamy brzusznej a nierozciętą częścią powłok brzusznych, które napięciem swojem przytrzymują chustki, ujmujące jakgdyby w klamrach jelita w pozycji założenia. Duże wymiary chustek wykluczają również w znacznym stopniu możliwość ich przeoczenia w jamie brzusznej. W ten sposób założone chustki nietylko uwalniają pole operacyjne od obecności jelit, ale utrzymując jelita w górnej części jamy brzusznej zapobiegają ich zbytniemu oziębieniu się lub wyschnięciu i zmniejszają możliwość zetknięcia się jelit z ewentualnie zakażonym materjałem w polu operacyjnem, który przez ich ruchy robaczkowe mógłby być rozniesiony po całej jamie brzusznej. Zabieg przeprowadzamy w ściśle ograniczonej przestrzeni, dostępnej dla oka każdej chwili, dlatego niepodobna przypuścić, by ciało obce mogło w niej się zabłąkać i ukryć przed kontrolą wzroku — zwłaszcza, że z chwilą otwarcia jamy brzusznej nie posługujemy się już wolnemi gazikami lecz używamy gazików uchwyconych w długie kleszczyki ze zamkami, zapobiegającemi wypadnięciu gazika do jamy brzusznej. Również do chwytania naczyń w głębi miednicy małej w miejsce krótkich kleszczyków, które łatwiej jest przeoczyć, używamy długich, które poza tem ułatwiają nam znacznie następowe podwiązywanie naczyń na dnie pola operacyjnego.

Zasadnicza końcowa kontrola, której się nigdy nie zaniedbuje w postaci przeliczania narzędzi, chustek i gazików tak przed zabiegiem jak i po nim, przyczem o ile chodzi o gaziki i chustki to ułatwiamy sobie przeliczanie przez wiązanie ich w paczki po 10 sztuk, chroni bezwzględnie przed zagubieniem ich w jamie brzusznej.

To proste stosunkowo wyżej opisane postępowanie, stosowane na naszym oddziale daje do pewnego stopnia rękojmię dobrych wyników. Nigdy bowiem nie zaszedł u nas wypadek (na 1050 zabiegów połączonych z otwarciem jamy brzusznej) nietylko pozostawienia ciała obcego w jamie brzusznej, ale również nigdy nie zdarzyło się by zachodziła potrzeba przeszukiwania jamy brzusznej za ewentualnie pozostawionym przedmiotem, oraz nigdy nie zaszywało się powłok brzusznych z uczuciem niepewności czy przypadkowo o czemś nie zapomniano.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Odpowiedź p. Prof. Dr. St. Legeżyńskiemu na jego sprawozdanie z „Okrężnej Wystawy Przeciwgruźliczej i Przeciwwenerycznej Okręgowego Związku Kas chorych we Lwowie [1]).

Znaną jest powszechnie rzeczą, że łatwiej jest krytykować, niż tworzyć i organizować w wyznaczonym sobie czasie i środkami rozporządzalnemi. Chcąc dostarczyć Kasom Związkowym jak najbardziej wartościowego materjału propagandowego, jakim bezsprzecznie jest Okrężna Wystawa, przystąpił Związek do jej zorganizowania, nie szczędząc trudów i wkładów finansowych.

Korzystano z rad i uwag osób najbardziej doświadczonych i poważnych, starając się w szeregu licznych eksponatów poruszyć możliwie wszelkie zagadnienia, wiążące się z walką społeczną z chorobami wenerycznemi i gruźlicą. Trudności potęgował fakt, że w kraju nie miano wzorów takich wystaw, gdyż bardzo skromna i niekompletna wystawa szkolna, o której p. Prof. Legeżyński wspomina i dla której posiada zrozumiały zresztą pietyzm, nie mogła być brana w rachubę, a wystaw przeciwwenerycznych wogóle w kraju, — o ile nam wiadomo, — dotąd nie było. Tem bardziej niezasłużona i jakąś niechęcią tchnąca jest pobieżna zresztą krytyka, której się podjął p. Prof. Legeżyński. Zdanie p. Prof. Legeżyńskiego o „karykaturalnych rysunkach" może się odnosić tylko do kilku rysunków, objaśniających popularnie i przystępnie dla szerokich mas robotniczych i włościańskich sposoby i drogi zakażenia się chorobami wenerycznemi.

---

[1]) P. Gaz. lek. Nr. 10. 1931, str. 191.

Rzecz prosta, że sposób uzmysłowienia tych spraw nie jest łatwy, jak również jest rzeczą niewątpliwą, że pierwszorzędny artysta zdołałby je przedstawić w formie artystycznej, ale za zupełnie innem wynagrodzeniem. Zresztą w skład eksponatów Wystawy wchodzą liczne tablice i wykresy, wydane przez tak poważne instytucje, jak muzeum higjeny w Dreźnie, Państw. Zakład Higjeny, Polski Związek Przeciwgruźl., Polskie Tow. Eugeniczne w Warszawie i t. p. — Poza tem szereg rysunków i tablic, znajdujących się na Wystawie, wykonał zakład p. Rektora Dra Niemczyckiego, Zakład Anatomji Patolog. Uniwersytetu J. K. i Miejski Zakład Aprowizacyjny. Zapytuję zatem, czy można w odniesieniu do tych licznych i wartościowych eksponatów użyć wyrażenia „wielka liczba tandetnych druków".

Zdajemy sobie doskonale sprawę, że naszej Wystawie daleko do tworu doskonałego i ma ona zapewne liczne braki, lecz, czy nie szczerzej i praktyczniej byłoby ze strony Pana Prof. Legeżyńskiego, gdyby był starał się nawiązać kontakt osobisty z twórcami Wystawy, a ci zapewne nie omieszkaliby skorzystać z jego cennych rad i uwag, tak, jak to uczynili z wieloma innemi. Tylko wspólnym, zbiorowym wysiłkiem mogą powstawać dzieła tego rodzaju i tutaj Związek Kas chorych może mieć słuszny żal do Pana Dra Legeżyńskiego. Że nikomu nie zależało specjalnie na przerażaniu osób zwiedzających, świadczyć może o tem końcowy cykl eksponatów w formie pięknych zdjęć przyrody i dioramy p. t. „Droga do Zdrowia", po której obejrzeniu zwiedzający odchodzili jednak pod końcowem dodatniem wrażeniem, przekonani o zbawiennych skutkach sportu i wpływu przyrody. Co się zaś tyczy metodyki jaką w ujmowaniu zagadnienia propagandy należałoby stosować, jako zagadnienia dziś otwartego i pod niejednym względem spornego, — nie chcemy w chwili obecnej polemizować z p. Dr. Legeżyńskim, musimy jednakże nadmienić, że, obcując przez szereg lat z ubezpieczonymi w Kasach chorych, dla których Wystawa przedewszystkiem jest przeznaczona, posiadamy już niemałe doświadczenie i swoje skromne zdanie, które niejednokrotnie może się różnić od zdania p. Prof. Dr. Legeżyńskiego, tak, jak się ono już obecnie diametralnie różni od tych licznych słów uznania, których nie szczędziły Wystawie inne ze wszech miar kompetentne osobistości ze świata lekarskiego, społecznego i t. p.

Dobrze, że p. Prof. Legeżyński wyraził nam przynajmniej uznanie, za „zrozumienie przez Kasy chorych wagi profilaktyki". Dziękujemy i za to, dodając jednakże, że nietylko „zrozumiały", ale w akcji profilaktycznej na terenie całego Państwa biorą dzisiaj bardzo żywy, jeśli nie dominujący udział, jak o tem łatwo można się przekonać z licznych czasopism i źródeł urzędowych.

J. Szumski (Lwów).

Replika na odpowiedź p. Kom. Dr. Szumskiego w sprawie mego sprawozdania z wystawy przeciwgruźliczej i przeciwwenerycznej.

Na moje uwagi krytyczne, może dość ostre, — nadchodzi ostra odpowiedź. Dziwi mnie jednak dopatrywanie się w krytyce mojej jakiejś niechęci, nie wiem zresztą do kogo, czy czego? Może wystarczy dla wyjaśnienia zapewnienie, iż moje uwagi krytyczne odnoszą się wogóle do wystaw propagujących walkę z chorobami zakaźnemi i że — niektóre z nich przynajmniej — dotyczą również i wystawy szkolnej m. Lwowa, dla której mam zrozumiały pietyzm.

Mam wrażenie, iż Szanowny Autor „Odpowiedzi" nie docenia jednak znaczenia krytyki w piśmie naukowem, fachowem. Dlaczego uwagi, które byłyby „cenne", „jeślibym starał się był nawiązać kontakt osobisty z Twórcami Wystawy" stają się, ogłoszone w piśmie fachowem, nie dochodzącem wcale do kół tych, dla których wystawa jest przeznaczona, a więc nie mogące szkodzić przeznaczeniu wystawy, — „nieszczere, niepraktyczne, niezasłużone, tchnące niechęcią, zresztą pobieżne". Śmiem przypuszczać, iż krytyka, chociaż polemiczna, lecz rzeczowo pewne sporne zagadnienia poruszająca, ma swe szczere i praktyczne zadania obok tworzenia i organizowania.

Na pytanie, czy można w odniesieniu do licznych i cennych eksponatów szeregu poważnych instytucyj użyć wyrażenia „wielka liczba tandetnych druków" odpowiadam, iż zdaniem mojem nie można. Nie stosowałem też tego wyrażenia do statystyk, fotografij, tablic naukowych i co do tego krytyka moja żadnych watpliwości nasuwać nie może. Pisałem krytycznie wyłącznie o obrazach propagandowych, które na wystawie pouczać mają o rzeczy bardzo ważnej, o drogach szerzenia się choroby zakaźnej. Jeśli zrozumiałem jest jeszcze, choć wcale niekorzystnem, niedostateczne rysunkowe wykonanie tych druków, przeznaczonych na masowe rozpowszechnienie, — to jednak ich obecność — i ważne zadanie — na specjalnie tworzonej wystawie, obok preparatów i tablic naukowych jest — zdaniem mojem — ważnem niedociągnięciem do ogólnego poziomu eksponatów. Poza tem sądzę, iż największa popularność i przystępność rysunków nie powinna zupełnie pociągać za sobą jakichkolwiek braków w technicznem ich wykonaniu.

O szeregu innych uwag mej krytyki Autor „Odpowiedzi" nie wspomina, bądź też nie chce polemizować, mimo iż jest odmiennego zdania. I to mnie do pewnego stopnia utwierdza w moich uwagach.

St. Legeżyński (Lwów).

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. H. 247/31.

Warszawa, dnia 3 lutego 1931 roku.

Wykaz Ośrodków Zdrowia za rok 1930.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Wzorem roku ubiegłego (patrz Nr. Z. H. 327/30 z dnia 7. II. 1930) Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) pragnie zebrać dane, dotyczące wszystkich instytucyj, prowadzących całość akcji higjeniczno-zapobiegawczej w walce z chorobami, czyli Ośrodków Zdrowia, które były czynne na terenie Rzeczypospolitej w dniu 1. I. 1931. Przytem zaznacza się, że instytucja, określona jako Ośrodek Zdrowia, 1) powinna obejmować conajmniej dwa działy (np. walkę z gruźlicą i walkę z jaglicą pod jednym dachem i pod wspólnem kierownictwem) i 2) powinna posiadać wśród personelu pielęgniarkę (wywiadowczynię).

W tym celu proszę Pana Wojewodę (Pana Komisarza Rządu) o przesłanie załączonego wzoru wszystkim kierownikom Ośrodków Zdrowia, działających na terenie podległym Panu, z tem, by wzór ten został wypełniony i zwrócony Panu Wojewodzie (Komisarzowi Rządu). Otrzymane w ten sposób sprawozdania proszę sprawdzić, zauważone błędy i braki sprostować i oryginały wypełnionych wzorów przesłać Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Departamentowi Służby Zdrowia) w terminie do 1. IV. 1931 r.

Jednocześnie proszę o wnioski co do wysokości zapomóg ze strony Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, które należałoby przyznać Ośrodkom Zdrowia w roku budżetowym 1931/32 w poszczególnych działach.

Dr. Piestrzyński,
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Załącznik.

Ośrodek Zdrowia.

w . . . . . . Powiat . . . . .

1. *W czyim zarządzie jest Ośrodek Zdrowia?* — Sejmik powiatowy, magistrat miasta, Kasa Chorych, Czerwony Krzyż . . . .

2. *Jakie działy są prowadzone w Ośrodku Zdrowia?* Gruźlica, jaglica, choroby weneryczne, opieka nad dzieckiem, opieka nad matką, higjena szkolna, alkoholizm, biuro sanitarne. . . . .

3. *Personel:*

a) Lekarze (wyliczenie, imię i nazwisko z podaniem przygotowania specjalnego) . . . .

b) Pielęgniarki (wywiadowczynie) (wyliczenie, imię i nazwisko, przygotowanie specjalne) . . . .

c) Kontrolerzy sanitarni (wyliczenie, imię i nazwisko, przygotowanie specjalne) . . . .

d) Inni pracownicy (woźni, służące i t. d.) — wyliczenie, rodzaj zatrudnienia . . . .

4. *Pomieszczenie:* Ośrodek Zdrowia zajmuje budynek: własny, wynajęty, liczba pokoi . . . . Pomieszczenie: wystarczające, niewystarczające. (Pożądany odręczny plan pomieszczenia, zajętego przez Ośrodek Zdrowia). Czy jest: waga . . . . mikroskop . . ., lampa kwarcowa . . . .: aparaty projekcyjne: latarnia projekcyjna . . . ., epidjaskop . . . .; kinematograf . . . . ., aparat Roentgena . . . . .

5. *Budżet:* Z jakich źródeł pochodzą wpływy w r. 1930 (wymienić organizacje i instytucje, wpłacające na utrzymanie Ośrodka Zdrowia) i w jakiej wysokości? (wymienić sumę, zaofiarowaną przez każdą organizację lub instytucję osobno):

1. . . . . 4. . . . .
2. . . . . 5. . . . .
3. . . . . 6. . . . .

Wysokość wydatków w roku 1930 — razem zł. . . . .

Wysokość wydatków, przewidywanych w roku 1931 . . . . w tem pożądana jest zapomoga Ministerstwa Spraw Wewnętrznych: z funduszu na walkę z gruźlicą . . . . . . na walkę z jaglicą . . . . na walkę z chorobami wenerycznemi . . . . na walkę z alkoholizmem . . . . na cele budowlane Ośrodków Zdrowia (budowa, remont) . . . . razem złotych . . . .

6. *Działalność Ośrodka Zdrowia w roku 1930.*

Wyszczególnienie działów pracy	Liczba osób, będących pod opieką O. Z. w poszczeg. działach pracy dn. 1. I. 1931.	Liczba porad, udzielonych w poszczegól. działach pracy w 1930	Liczba wywiadów domowych, wykonanych przez pielęgniarki w r. 1930
Walka z gruźlicą			
Walka z jaglicą			
Walka z chor. wen.			
Opieka nad dziec.			
Opieka nad matką			
Higjena szkolna			
Razem			

7) Propaganda	Liczba osób lub uczestn.	Uwagi ogólne
Kursy (z wyszczególn. jakiego rodzaju?)		
Kolonje i półkolonje		
Pogadanki (liczba)		

Kierownik Ośrodka Zdrowia

. . . .

. . . . dnia . . . . 1931 r.

Sprawdzono: Lekarz powiatowy . . . .

Naczelnik Wydz. Zdrowia Urz. Woj. . . . .

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. H. 4512/30.

Warszawa, dnia 18 grudnia 1930 r.

W sprawie relacji z nadzoru sanitarnego nad lecznictwem Kas chorych.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy (dla Pana Delegata Ministra Spraw Wewnętrznych do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń).

Zmieniając zarządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 17 października 1923 r. L. Org. 43140/6557/23 w sprawie instrukcji dla Delegata Ministra Spraw Wewnętrznych do Okręgowych Urzędów Ubezpieczeń, zarządzam, ażeby składanie sprawozdań z lustracyj Kas chorych przez lekarzy powiatowych z tytułu nadzoru nad lecznictwem w myśl § 6 instrukcji odbywało się zamiast, jak dotychczas, kwartalnie, tylko raz do roku, a to najpóźniej do 31 stycznia.

Poza tem ulega częściowej zmianie schemat sprawozdań, które powinny być ujęte według załączonego wzoru.

Uprasza się o zarządzenie i dopilnowanie, ażeby sprawozdania za rok bieżący niechybnie zostały przedłożone Ministerstwu Spraw Wewnętrznych do ustalonego powyżej terminu.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia: *Dr. Piestrzyński.*

Wzór
sprawozdań rocznych z lecznictwa Kas chorych.

Czy w powiecie jest siedziba Zarządu Kasy chorych, względnie czy istnieje filja i w tym wypadku gdzie jest siedziba Zarządu?

Ilu członków ubezpieczonych i ilu członków rodzin liczy Kasa chorych na dzień 31 grudnia (roku sprawozdawczego):

ubezpieczonych — mężczyzn
kobiet.

członków rodzin — mężczyzn
kobiet.

1. Liczba osób leczonych:
a) w przychodniach (ambulatorjum), względnie w mieszkaniu lekarza,
b) w mieszkaniu chorych z powodu obłożnej choroby,
c) w szpitalu.
2. Liczba udzielonych porad:
3. Liczba przypadków (u członków Kasy):
a) chorób zawodowych (wyszczególnić jakie),
b) chorób ostrych zakaźnych (wyszczególnić jakie).
4) Choroby społeczne (u członków Kasy i ich rodzin).
A. Gruźlica:
a) Kasa posiada przychodni (liczba) . . . . gdzie (wymienić) . . . .
b) Kasa posiada sanatorjum (wymienić gdzie) . . . .
c) Kasa posiada szpital przeciwgruźliczy (wymienić gdzie) . . . . i na ile łóżek . . . . .
d) Kasa posiada stacyj leczniczych dziennych . . .
e) W poradniach Kasy chorych leczyło się chorych na gruźlicę . . . przez sanatorja przeszło . . . ., przez szpitale przeszło chorych na gruźlicę . . . .
B. Choroby weneryczne:
Kiły leczono . . . przypadków.
Rzeżączki leczono . . . . przypadków.
C. Jaglicy zaregestrowano . . . . przypadków.
D. Reumatyzmu zaregestrowano . . . . przypadków.
E. Chorób odzwierzęcych zaregestrowano . . . . przypadków.
F. Zatrucia alkoholowego (chronicznego) . . . . przypadków.

W razie stwierdzenia łączności między jedną z powyżej wymienionych chorób a pracą zawodową należy to zaznaczyć i podać bliższe okoliczności.

G. Liczba osób, poddanych szczepieniu ochronnemu przeciw: a) ospie, b) błonicy, c) płonicy, d) durowi brzusznemu, e) innym chorobom zakaźnym.

Organizacja lecznictwa.

1. *Przychodnie (ambulatorja) i stacje sanitarne.* Czy Kasa posiada własne przychodnie i stacje sanitarne (wymienić gdzie), czy jest (są) należycie urządzona.

Ile razy w ciągu roku przychodnie i stacje sanitarne były lustrowane (podać odrębnie) . . . . jakie stwierdzono braki . . . . czy zostały usunięte. . . . . . .

Kto jest kierownikiem. . . . . . .

2. *Apteka:* Czy Kasa posiada własną aptekę i prowadzona przez . . . . jaki jest ruch w aptece . . . . (roczna liczba recept).

3. *Zakłady lecznicze, szpitale.* Czy Kasa chorych posiada własny szpital lub inny zakład leczniczy (wymienić jakie) . . . . i na ile łóżek . . . ., dla jakich chorych. . . . . . . ilu chorych leczono w szpitalu (zakładzie) w ciągu roku . . . . Kto jest kierownikiem . . . . . . Czy i ewentualnie które zakłady lecznicze (sanatorja) i w jakich miejscowościach (zdrojowiskach, uzdrowiskach letnich) udzielają ulgi dla leczących się w nich członków Kasy chorych.

4. Czy i jakie instytucje lecznicze i zapobiegawcze (przychodnie, ośrodki zdrowia, szpitale sanatorja i t. p.) samorządowe, społeczne lub państwowe współpracują z Kasą chorych, lub są wspierane przez Kasę, ewentualnie na jakich warunkach.

5. *Kolonje lecznicze, wypoczynkowe, półkolonje.* Czy Kasa utrzymuje kolonję, ewentualnie w której miejscowości, należy podać liczbę uczestników kolonji i okres czasu, przez który kolonja była czynna.

6. *Lekarze kasowi.* Liczba lekarzy . . . . podać, w których miejscowościach są lekarze Kasy?

Liczba lekarzy specjalistów w poszczególnych działach . . . . liczba akuszerek . . . . ., liczba lekarzy dentystów . . . . ., w jakich rozmiarach udziela się pomocy dentystycznej?

Uwagi ogólne.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 12, z 19 marca 1931: Z. Srebrny: O powikłaniach ropówkowych po wyłuszczeniu migdałków. — Wł. Sterling: Choroba Legg.-Calvé-Perthesa z zaburzeniami natury rozwojowej i wewnątrzwydzielniczej (dok.). — H. Hirszberg: 10 lat stosowania bizmutu w lecznictwie kiły (Streszcz. pogl. dok.). — L. Krzewiński: Cutivaccin. Przeciwgośćcowa szczepionka Dra Paula. — M. Grzywo-Dąbrowska: Listy samobójców (c. d.). — H. Palester: Przebieg chorób zakaźnych w r. 1930 (dok.).

Polski przegląd chirurgiczny, tom X, zeszyt I z r. 1931: L. Zembrzuski: Trepanacja przedhistoryczna. — A. Ambrożewicz: Przypadek przewlekłego włóknistego otorbiającego zapalenia otrzewnej. — St. Winter: Dwa przypadki oblaków: okolicy przyusznicy i jamy Highmora. — K. Pluciński: Przyczynek do obrazu krwi po wycięciu śledziony. — W. Zeyfert: W sprawie wyrośli kostnych. — A. Janik: Uwaga do pracy doc. dr. Nowickiego p. t. urazowy kurcz tętnic (P. Przegl. chir. t. IX. zesz. 5—6).

Przyroda i technika, rok X, zeszyt 3, z marca 1931: I. Lamber: Gdynia ośrodkiem polskiego handlu zamorskiego. — M. Chejfec: Cykl życiowy pierwotniaków. — F. Burdecki: Ostatnie zdobycze astronomji. — I. Szmid: O lakierach nitrocelulozowych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 12, z 22 marca 1931: I. Pfauhauser: Farby rdzochronne.

Medycyna: nr. 6, z r. 1931: I. Frydman: W sprawie metodyki i znaczenia ilościowego określania pepsyny w soku żołądkowym. — P. Pręgowski: Przyczynek do patogenezy i leczenia występującego napadowo zespołu lękowo-sercowego (z biciem serca). — St. Postolko i St. Świtał: O szczepieniach zapobiegawczych przeciw płonicy. — K. Tokarski: Przypadek równoważnika (aequivalenta) epilepsji. — L. Zembrzuski-Korbutt: O statystycznem myśleniu lekarzy społeczników. — L. Zembrzuski: 8-my Zjazd międzynarodowy historyków medycyny w Rzymie 22—27 września 1930 r.

Kronika Izby lekarskiej lwowskiej, rok II, nr. 3, z marca 1931: Z działalności Zarządu Izby lekarskiej lwowskiej; — Sprawozdanie z czynności Wydziału lwowskiego Towarzystwa pomocy dla wdów i sierót po lekarzach za r. 1930; — Zawiadomienia z Izby lwowskiej.

Kronika dentystyczna, rok XXVI, zeszyt 1—2, za styczeń—luty 1931: L. Sedlaczek-Komorowski: O rzadkiej anomalji zębowej.

Polski przegląd radjologiczny, tom V, zeszyt 3—4, z r. 1930: Wspomnienie pośmiertne o Dr. Józefie Chania-Dębickim; — Wspomnienie pośmiertne o Dr. Henryku Adelfangu. — E. Meisels i M. Schultz: Uchyłki dwunastnicy i żołądka. — M. Werkenthinówna: Przyczynek do interpretacji cieni okrągłych w polach płucnych. — M. Grabowski i W. Plewniak: Przyczynek do rozpoznania guzów śródpiersia. — J. Wojciechowski. Przypadek rozległej gruźlicy żeber i mostka. — A. Bong: O wadach rozwojowych na pograniczu szyjnego i grzbietowego odcinka kręgosłupa. — T. Hellwig: Przypadek kości plamistych (osteopojkilja). — Z. Neyman: Z kazuistyki wad rozwojowych kośćca stóp. — P. Adamowicz: O francuskiej produkcji aparatów radjologicznych. — W. Zawadowski: O pomiarach dawek promieni X. i o dawkowaniu Salomona.

Przegląd dentystyczny, rok XI. nr. 3, z marca 1931: Racjonalne wyciski dla dostawek płytkowych (D. c. n.). — Wł. Szafran: Projekt organizacji lecznictwa w zakresie dentystyki w Kasach chorych Państwa Polskiego.

Pedjatrja Polska, tom XI, zeszyt 1, za styczeń—luty 1931: C. Rosengartenówna: O agranulocytozie. — I. Kolago: Przypadek odosobnionego porażenia nerwu twarzowego w przebiegu choroby Heine-Medina. — F. Rozenówna i M. Zauzmer: Przyczynek do badań nad układem roślinnym u dzieci. — E. Ziegler: O zapobieganiu odrze u dzieci. — K. Chodkowski: O wrodzonem zarastaniu wewnątrz-wątrobowych przewodów żółciowych. — Z. Kurlandzki: Przypadek ropnicy wywołanej ropowicą podniebienia u dziecka gruźliczego. — I. Zienkiewicz: Przyczynek do kazuistyki ogólnego zakażenia gronkowcowego u dzieci.

Zdrowie, rok XLVI, nr. 5, z 1 marca 1931: Z. Szymanowski. Jeszcze raz w sprawie Ministerstwa Zdrowia Publicznego. — R. Ingarden: W sprawie rozszerzenia wodociągów miejskich w Krakowie. — K. Parfanowicz: Dwunastolecie Sanitarjatu Jugosławji. — O. Langer: Propaganda przemysłu budowlanego. — Ginett-Wojnarowiczowa: Rola kobiet w spółdzielniach mieszkaniowych.

Wiedza lekarska, rok V, nr. 3, z r. 1931: Koralewski: Koklusz.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

La presse médicale.

Nr. 10. — 1931 r.

J. Ramadier: *Objawy przy ogniskach w kości skalistej w przebiegu ostrych zapaleń ucha środkowego.*

Dołączenie się do objawów ogólnych przy ostrem zapaleniu ucha objawów ogniskowych, wskazujących na rozszerzanie się procesu zapalnego, może być w pierwszych dniach traktowane raczej wyczekująco, podczas gdy późniejsze ich wystąpienie zmusza do wykonania zabiegu operacyjnego. Zależnie od umiejscowienia ogniska zapalnego w kości skalistej można odróżniać 3 rodzaje: 1) ognisko powierzchowne, które wyraża się klinicznie porażeniem nerwu twarzowego, 2) ognisko głębsze, umiejscowione w uchu wewnętrznem, które daje objawy zajęcia błędnika i 3) ognisko głębokie w okolicy szczytu piramidy kości z objawami porażenia n. odwodzącego oko i bólami wskutek zajęcia n. trójdzielnego.

Porażenie n. twarzowego jest dość rzadkie, ale w razie pojawienia się i nie zniknięcia do 48 godz. po wykonaniu paracentezy stanowi mimo braku innych objawów wskazanie do wykonania operacji wyrostka sutkowego.

Przy objawach ze strony ucha wewnętrznego wskazana jest trepanacja błędnika przy późnem (po 7 dniach) wystąpieniu zapalenia całego błędnika oraz w niektórych przypadkach niekompletnego zajęcia, w których czynność błędnika pogarsza się z dnia na dzień i nakłucie lędźwiowe wykazuje zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym. We wszystkich innych stanach zajęcia błędnika i to tak kompletnych czy niekompletnych wczesnych (przed 7 dniem choroby) jakoteż późnych niekompletnych trepanacja błędnika jest przeciwwskazana, natomiast należy w tych wypadkach wykonać operację na wyrostku sutkowym.

Przy ognisku głęboko usadowionym występują wskutek zajęcia n. trójdzielnego bóle stałe, lokalizowane w okolicy ciemieniowo-skroniowo-czołowej lub w środku głowy, czasem występują też neuralgje twarzowe, zębodołowe, oczodołowe zależne od zajęcia odpowiednich gałęzi tego nerwu. W tych przypadkach usunięcie wyrostka sutkowego nie wystarcza, należy stworzyć większy dostęp przez wykonanie operacji doszczętnej (l'évidement pétro-mastoidien). Porażenie n. odwodzącego zdarza się bardzo rzadko w przebiegu ostrego zapalenia ucha i stanowi wskazanie do zwykłego wydłótowania wyrostka sutkowego.

P. Hauduroy: *Leczenie bakterjofagiem.* Należy używać tylko bakterjofaga odpowiednio przygotowanego, ponieważ źle przygotowany może sprowadzić u chorego ogromne szkody. Bakterjofag musi być specyficznym i musi niszczyć bakterje, będące przyczyną choroby. Najlepsze wyniki otrzymuje się przy użyciu autobakterjofaga t. j. bakterjofaga sporządzonego z bakteryj wyosobnionych z chorego. Przy stosowaniu leczenia bakterjofagiem powinno się przestrzegać następujących zasad: 1) wstrzykiwać 3—4 razy po 2—3 cm^3 codziennie podskórnie. Po zastrzykach niema nigdy odczynu ogólnego. Niema najmniejszej potrzeby wstrzykiwać wprost do ogniska zapalnego, 2) jeżeli możliwe stosować zawsze bakterjofaga miejscowo do okładów lub zmywań i 3) nie wstrzykiwać dożylnie, ponieważ bakterjofag nie działa leczniczo przez wywoływanie wstrząsów. Opierając się na dużem doświadczeniu autor podaje, że przy zakażeniu gronkowcami leczenie bakterjofagiem daje 70—75% szybkich wyleczeń, jeżeli się wlicza tylko sprawy poważniejsze. Tak samo dobre wyniki otrzymuje się przy zakażeniach *bact. coli,* natomiast przy durze brzusznym wyniki są średnie.

Th. Dumitresco i St. Chiser: *W sprawie mechanizmu powstawania bradykardji przy durze brzusznym.*

Względne zwolnienie tętna przy durze brzusznym nie znalazło dotąd wytłumaczenia, ani toksyny bakteryjne, zaburzenia gruczołów dokrewnych, zmiany w zawartości jonów we krwi, ani też hipotetyczna obecność kwasów żółciowych we krwi nie mogą być uważane za przyczynę wywołującą ten objaw. Autorowie badali w 12 przypadkach zachowanie się układu wegetatywnego przy użyciu metody Danielopolu (próba z dożylnem stosowaniem atropiny skombinowana ze wstawaniem) i stwierdzili zmniejszenie napięcia nerwu współczulnego i błędnego. Opierając się na doświadczeniach zakładu Ashera, że wątroba wydziela hormon wpływający na napięcie n. współczulnego w sercu, autorowie przypuszczają, że bradykardja w durze brzusznym powstaje wskutek niezdolności produkowania hormonu uczulającego n. współczulny przez wątrobę, tak często w tej chorobie zmienioną.

Skowroński (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Archiv f. Gynaekologie.

T. 141. — Z. 1.

Schmid: *Nowe przypadki resekcji wzgórka kości krzyżowej.* W ostatnich 4½ latach wykonał autor 56 cięć cesarskich, z tego 37 razy z powodu ścieśnienia miednicy. W 7-miu z tych ostatnich przypadków wykonał resekcję wzgórka kości krzyżowej i to w przypadkach zupełnie czystych przy zupełnie dobrym ogólnym stanie chorych. Wszystkie 7 przypadków tyczyły się miednic płaskich o sprężnej prostej 7¾—8—8¼ cm. Po resekcji wzgórka kości krzyżowej sprężna prosta wydłużała się do 9¾—10¼ cm. W 2 przypadkach w czasie operacji wystąpił silny krwotok z żył przedniej ściany kości krzyżowej, tak że w jednym przypadku musiał zastosować tamponadę gazą z granugenolem. Jedna chora zmarła z powodu kiły aorty. Pozostałych 6 chorych wyszły zdrowe. Jedna z tych chorych urodziła później sama dziecko donoszone, inne nie zastąpiły.

Kontrolne badania wspomnianych chorych, które stwierdziły że w żadnym przypadku nie przyszło do wytworzenia się kostniny w miejscu resekcji a zwłaszcza okoliczność, że jedna z operowanych chorych mogła następnie urodzić siłami natury płód donoszony upoważniają zdaniem autora do wniosku, że resekcja wzgórka kości krzyżowej jest zabiegiem uzasadnionym.

Dingemanse, Freud, Jough i Laqueur: *O obecności dużych ilości hormonu kobiecego (płciowego) menformonu w krwi chorych na raka (mężczyzn).* Jeszcze przed 3 laty wykazywali autorowie, że w ogólności menformon znajduje się w organizmie mężczyzn i tak np. w jądrach (w małych ilościach, bo około 30 jedn. na kg wagi), a dalej w mózgu w ilości aż do 200 jedn.

Z 22 mężczyzn u 17 stwierdzili menformon we krwi w ilościach poniżej 500 jedn. na litr, najczęściej daleko mniej. Natomiast u 5-ciu cierpiących na raka ilość ta wynosiła ponad 4000 jedn., w jednym 9.000, a w jednym nawet 10.000 j. Niektórzy z tych chorych byli naświetlani radem.

U jednej kobiety, starszej, chorej na raka stwierdzili również dużą ilość menformonu, bo 5000 j. a wiemy, że tak znaczne ilości u kobiet pojawiają się poza ciążą chyba w okresie regularności.

Strassmann: *Sądowo lekarskie doświadczenia nad badaniem grup krwi w procesach o alimenta.* Zdaniem autora, w przypadkach sądowych, gdzie idzie o stwierdzenie ojcostwa dziecka, można posługiwać się badaniem krwi z dobrym skutkiem, gdyż warunki badania odpowiadają pewnym niezmiennym stanom, które zawsze istnieją. Warunki te są następujące: 1) stałość przynależności do pewnej grupy krwi w ciągu całego życia, 2) możliwość stwierdzenia przynależności do pewnej grupy krwi u dziecka zaraz po porodzie i 3) stałe dziedziczenie przynależności do pewnej grupy według pewnych stałych zasad. Dotychczasowe badania i doświadczenia wykazały, że owe 3 warunki są stałe i niezmienne.

Materjał autora w powyższej sprawie obejmuje 142 przypadki. Badano zawsze matkę, dziecko i domniemanego ojca a okolicznościowo nieraz jeszcze świadka, który w czasie zastąpienia miał również stosunek z matką. Tylko wówczas, jeśli matka i dziecko należeli do tej samej grupy A lub B i cechy grupy A lub B dziecko odziedziczyło po matce, ojciec zatem mógł należeć do grupy dowolnej, często nie badano ojca, bo było to bezcelowe.

Wspomniane 142 przypadki dotyczyły przeważnie procesów o alimenta. Tylko 3 razy kwestjonowano, czy dziecko było ślubne a wynik badania krwi był bez efektu. W jednym przypadku bowiem wszystkie 3 osoby należały do grupy O, w drugim wszystkie do grupy A, w trzecim przypadku zaś, w którym pierwsza instancja sądowa uznała dziecko za nieślubne ponieważ małżonkowie przez pewien czas z sobą nie żyli, badanie wykazało, że matka należy do grupy B, zaś mąż jej i dziecko do grupy A, tak że uznać musiano za możliwe że mąż mógł być ojcem dziecka swej żony.

W 5 przypadkach o krzywoprzysięstwo co do ojcostwa badanie krwi nie ułatwiło rozstrzygnięcia sprawy z różnych powodów. W 2 przypadkach np. pomyślnego wyniku badania, gdzie matka i dziecko należeli do grupy AB — było 2 mężczyzn, którzy w krytycznym czasie obcowali z matką i obaj należeli do grupy A.

W 5 przypadkach można było na pewne wykluczyć ojcostwo, co na 142 przypadki wynosi 3,54%. Jest to odsetek mały, bo mniejszy aniżeli przy innych badaniach sądowo-lekarskich a dlaczego tak jest, nie umie autor powiedzieć.

W 19 przypadkach ojcostwo było nietylko możliwe ale nawet prawdopodobne, ponieważ matka i dziecko należeli do różnych grupy a cechy grupy A i B posiadała nie matka, ale dziecko i domniemany ojciec. Wynosiłoby to 13,5%.

9 świadków, którzy obcowali z matką w krytycznym czasie równocześnie z posądzonym o ojcostwo mężczyzną, można było na podstawie badania krwi również uważać za ojców tych dzieci.

W jednym przypadku bliźniaków dwujajowych, z których jeden należał do grupy O, a drugi do grupy A, a 2 mężczyzn było podejrzanych o ojcostwo — niemożna było żadnego z nich wykluczyć od tego tytułu, ponieważ obaj jak i matka należeli do grupy A.

Na podstawie powyższych doświadczeń jest autor zdania, że badanie krwi w przypadkach sądowych o ojcostwo może oddać dobre przysługi.

Schubert: *Pozostanie zatoki moczo-płciowej w kształcie kanału.* Przypadek dotyczy pacjentki 24-letniej, która miesiączkowała słabo od 16 r. życia w przerwach 4—8 tygodniowych. Badanie wykazało silne uwłosienie całego ciała. Narząd rodny zewnętrznie podobny do męskiego o znacznej hipospadjazie, małym prąciu i kryptorchizmie. W czasie przeszczepiania jajnika w narkozie przekonano się, że narząd rodny wewnętrzny jest niemal prawidłowy, pochwa szczątkowa i że obecna jest zatoka moczo-płciowa.

Na następnem posiedzeniu stworzono sztuczną pochwę z odbytnicy w sposób znany. Wreszcie wykonano zabieg trzeci, aby połączyć pochwę szczątkową z nowo zbudowaną.

T. 141. — Z. 2.

Hellmuth i Timpe: *Zmiany w obrazie wapna i wapnia w ciąży.* Zawartość wapnia w surowicy krwi kobiet nieciężarnych, obliczana według de Waarda, wynosi przeciętnie 10,5 mg %. Zawartość ta w czasie ciąży spada do 9,7 mg % a w połogu podnosi się znów do 10,2 mg %. Te same obliczenia wykonane według metody Kramera i Fisdalla dały te same wyniki i wykazały spadek z 10,2 mg % w pierwszej połowie ciąży na 9 5 mg % na końcu ciąży. Wyniki tych badań, zdaniem autora, nie upoważniają do twierdzenia, jakoby nastąpiło zubożenie ustroju matki w wapń w czasie ciąży.

K. B. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 12. listopada 1930 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr. J. Latkowski.
Obecnych 120.

Demonstracje z I Kliniki chor. Wewnętrznych U. J.

Kol. Sokołowski przedstawia przypadek *osteomalacia gravidarum.*

W dyskusji: kol. Glassner mówi o naświetlaniu lampą kwarcową w tych przypadkach.

Kol. Karasiński w sprawie witawitu, który nie jest tak skutecznym jak wigantol.

Kol. Braun przedstawia przypadek *anaemia hypothyreosogenes.*

W dyskusji: kol. Glasner mówi o naświetlaniu lampą kwarcstawianego chorego, przypadek ten nazwałby *myxoedema,* anemja jest tu tylko objawem towarzyszącem temu cierpieniu. Ciekawa jest tylko w tym przypadku leukopenja podczas gdy w *myxoedema* bywa leukocytoza. Eozynofilja jest charakterystyczną dla *myxoedema.* Mówi o zmianach psychicznych w przypadku *myxoedema.*

Prof. Tempka w przypadku tym rozpoznano *myxoedema,* lecz dla zaakcentowania anemji nazwano *anaemia hypothyreosogenes.*

Kol. Braun: niedokrwistość w *myxoedema* jest objawem rzadkim.

Kol. Pułk. Rosenhauch przedstawia przypadek *keratitis neuroparalytica.*

Kol. Dr. Eisenberg wygłasza odczyt p. t. *„Nowe horyzonty w biologji zarazków"*.

W dyskusji: Prof. Gieszczykiewicz zaznacza, że rozmnażanie płciowe u bakteryj, gdyby udało się stwierdzić, wyjaśniłoby wiele zjawisk dotychczas niejasnych. W czasach pierwszych swego rozwoju bakterjologja szła w kierunku rozszerzania, teraz zaś bakterjologja musi iść w kierunku pogłębiania tej gałęzi wiedzy.

Kol. Dr. Eisenberg mówi w sprawie przesączalności zarazków i przesączalnych formach zarazka gruźliczego.

Posiedzenie naukowe z dnia 19. listopada 1930.
Przewodniczący: Prezes Prof. Dr. J. Latkowski.
Obecnych 70.

Prof. Latkowski przedstawia przypadek *concretio pericardii* rozpoznany na podstawie charakterystycznych elektrokardjogramów, flebogramów i kardjogramów, badania rentgenologicznego (nieruchomość przepony prawej, charakterystyczne obrysy serca), badania przedmiotowego (nieruchomość oddechowa klatki piersiowej w okolicy wyrostka mieczykowatego, obecność tonu rozkurczowego nad końcem serca stwierdzonego graficznie, i stale utrzymujące się powiększenia wątroby i t. d.).

Kol. Adamowicz. Omawia pokrótce obrazy rentgenologiczne płuc u chorych, którzy przechodzili kiedykolwiek zapalenie opłucnej.

Przedstawia zdjęcia rentgenologiczne wykonane w różnych pozycjach u dwu chorych, u których przewlekłe, prawdopodobnie ropne, zapalenie opłucnej w okresie zdrowienia dało obraz t. zw. *pleuritis chr. calcificans.* W I-szym przypadku u chorego J. u którego początek choroby datuje się od dwóch lat, badaniem rentgenoskopowem, a następnie zapomocą zdjęć stwierdzono zgrubienia błoniaste prawej opłucnej, z charakterystycznem uwapnieniem błon. Złogi wapniowe w obrazie rentgenologicznym były rozłożone w kształcie charakterystycznych sznurów drobnych perełek na przestrzeni od średniej linji pachowej do tylnej linji łopatkowej. W II-gim przypadku u chor. Z., który choruje od kilku miesięcy, na przedniej powierzchni klatki, w linji przedniej pachowej i 6-tym międzyżebrzu, dłuższy czas utrzymywała się przetoka z której wydzielało się nieco ropy. Badanie rentgenoskopowe i radjograficzne wykazało obecność perlistych złogów wapniowych w jamie opłucnowej na przestrzeni od tylnej do przedniej linji pachowej. Złogi zajmują załamki opłucnej w zatoce przeponowo-żebrowej.

W dalszym ciągu kol. Adamowicz omawia etjologję i dalsze losy takich przypadków. (Autoreferat).

Kol. Szczeklik przedstawia chorego K. J. u którego rozpoznano w Klinice Medycznej U. J. *poronną formę zaniku ostrego wątroby.*

Za rozpoznaniem tem przemawiały: typowy początek choroby (przed 3 mies.) dla t. zw. *icterus catarrhalis.* Obecna początkowo żółtaczka, z czasem ustąpiła, podobnie jak bilirubina we krwi z 65 mg % spadła na 4.6 mg %, a bilirubina w moczu ustąpiła zupełnie. Wątroba powiększona o 2 palce poniżej łuku żebrowego zmniejszyła się tak, że ledwo była wyczuwalna pod łukiem żebrowym. Próba galaktozowa wypadła dodatnio; cholesterol we krwi 244 mg %. U chorego tego wystąpiły w toku choroby (w 2 miesiące po rozpoczęciu się) objawy ze strony systemu nerwowego: jak bezsenność, uporczywe bóle głowy, osłabienie, duszność, a później nudności i wymioty. Znaleziono wówczas tyrozynę w moczu (chemicznie i mikroskopowo) a azot aminokwasów w moczu stanowił 2.5% azotu ogólnego.

Ponieważ u chorego tego można było na podstawie badania klinicznego wykluczyć wszelkie inne cierpienia wątroby, które mogłyby dawać podobny obraz, natomiast wszystkie objawy przemawiały za tak zw. *icterus catarrhalis* przebiegającym ze wzmożeniem aminokwasów w moczu i objawami hepatargji przyjęto w przypadku tym formę poronną zaniku wątroby (Eppinger), zaczem przemawiał również dobry wynik leczenia insuliną z glukozą dożylnie.

Kol. Cikowski: Demonstracja przypadku *zakażenia kiłą kobiety ciężarnej w 5 m. ciąży.* Pierwsze oznaki zakażenia kiłowego w postaci dodatniego odczynu Wassermanna wystąpiły dopiero w czasie porodu t. j. w 5 m. po przypuszczalnem zakażeniu. Zmiany pierwotnej ani żadnych objawów kiły jawnej nie stwierdzono. Dziecko urodziło się pozornie zdrowe z odczynem Wassermanna ujemnym. Dopiero przed drugą kuracją t. j. za 4 miesiące wystąpił u dziecka odczyn Wassermanna silnie dodatni. Wymieniona pacjentka zastąpiła po raz drugi w ciążę w krótkim czasie i mimo leczenia przeciwkiłowego przyszło do porodu niewczesnego.

W danym przypadku chodzi o zakażenie kiłą kobiety ciężarnej, przebiegające bezobjawowo i uwidoczniające się dodatnim odczynem Wassermanna w 5 m. po zakażeniu. Przyczynę porodu niewczesnego w następnej ciąży należy odnieść do tegoż zakażenia mimo leczenia, które nie mogło być dostateczne z powodu krótkiego czasu.

Kol. Reiss przedstawia przypadek *erythema induratum Basin.*

Posiedzenie z dnia 3 grudnia 1930 r.
Przewodniczący: wiceprezes Dr. Landau.
Obecnych 71.

Uchwalono wysłać życzenia kol. Drowi Jungerowi z okazji 50 lecia uzyskania doktoratu. Wybrano Komisję Matkę z przewodniczącym Prof. Wachholzem. Przyjęto nowych członków: Kol. Józefa Grünhuta, kol. Kazimierza Żulińskiego, kol. Al. Förstera.

Demonstracje chorych z Kliniki neurologicznej, Kliniki chirurgicznej z oddziału II. i VI. Szp. św. Łazarza.

Doc. Dr. E. Artwiński — Doc. Dr. Nowicki.

G. J. l. 40. 24. II. 1930 r. podaje w wywiadach, że przebył jedynie zapalenie stawów. Z wiosną 1929 r. w nocy odczuł nagle kurcze w palcach prawej ręki. Kurcze były niebolesne — poczem utracił przytomność, w tym czasie kurcze w całem ciele. Po przebudzeniu się zdrów wrócił do pracy. — Drugi atak jesienią 1929 r. — Trzeci atak 25. XII. 1929 r.

Po trzecim ataku utrudnienia mowy, które opisuje w ten sposób: „myśli były dobre, tylko słowa nie były jak myśli". Napady takie ostatnio występują co 2—3 tygodni. Badanie wykazało: Prawostronny niedowład ze wzmożeniem odruchów. Drżenie obu rąk zwiększające się przy zmianie pozycji. Czucie bez zmian, stereognoza prawidłowa. Dno oczu prawidłowe. Krew i płyn bez zmian.

31. VII. 1930 r. Badanie okulistyczne: Bystrość wzroku dobra. Na lewej tarczy zaczyna się obrzęk, na prawem oku rozszerzenie żył i bardzo słabe zatarcie granic tarczy, zatem jeszcze niższy stopień zaczynającego się obrzęku po stronie lewej.

Rentgenologicznie: W części czołowej liczne, ograniczone wyjaśnienia przeważnie blisko linji środkowej i jedno z boku po prawej stronie. W linji środkowej czaszki smuga zwapnienia — przypuszczalnie *falx cerebri.*

4. X. 1930 r. odma.

23. X. 1930 r. przeniesiony celem dokonania zabiegu na Klinikę chirurgiczną.

Dr. A. Gradziński demonstruje chorego l. 40 z *luxatio humeri dextri habitualis* na skutek zwiotczenia stawu barkowego w następstwie *urazowego porażenia nerwu pachowego.* Poza tem badanie wykazało objawy jamistości rdzenia o przebiegu nietypowym z niedowładem spastycznym jednej kończyny i jednostronnym pasem zaburzenia czucia od D_{10}—L_2.

Porażenie nerwu pachowego jest niewątpliwie pochodzenia urazowego i nie stoi w żadnym związku z jamistością rdzenia, która może jednak mieć wpływ na prognozę.

Wczesne rozpoznanie porażenia n. pachowego mogło zapobiec zwiotczeniu stawu.

Przypadek II. Chory l. 22 po urazie tępem narzędziem w szczyt czaszki doznał całkowitego porażenia obu dolnych kończyn bez jakichkolwiek — bezpośrednio i przez cały czas choroby — zaburzeń ze strony pęcherza i odbytnicy.

Badanie w 2 tygodnie po urazie: na szczycie czaszki w okolicy ciemieniowej rana, pokryta strupem dług. 5 cm, przebiegająca skośnie ku stronie prawej. Obie stopy opadnięte w ustawieniu *pes equinus,* całkowite zniesienie ruchów stóp; w stawach kolanowych ruchy upośledzone, w stawach biodrowych siła obniżona. Odruchy kolanowe i achillesowe wzmożone, lewe żywsze. *Clonus verus* obu rzepek i stóp. Chód brodzący. Czucie głębokie b. z., powierzchowne wszędzie zachowane jedynie obniżone nieznacznie do wysokości pół uda.

Roentgen, dno oczu, płyny bez zmian.

Stan stale się poprawia, wybitniej po stronie prawej.

Rozpoznanie: *haematoma cerebri* uciskające oba *lobi paracentrales.*

I. Dr. Kirschner przedstawia chorą, u której po okresie bólów rozwinął się zespół porażenia spastycznego z zaburzeniem czucia sięgającem do D_4 w dół; *incontinentia urinae et alvi* — w płynie mózgowo-rdzeniowym wzmożone ciśnienie oraz wzmożona ilość białka; objaw Queckenstedta; cały wstrzyknięty lipjodol zatrzymał się na granicy D_3/D_4. Chorą skierowano z rozpoznaniem: *„tumor medullae spinalis extramedull. in reg. vert. thorac. III. et IV"* do operacji. Część chirurgiczną omówił Dr. Jasieński.

II. Dr. Kirschner: U 45-letniej chorej rozwinęła się powoli paraplegja spastyczna kończyn dolnych z lekkiem zaburzeniem czucia na kończynach dolnych; w płynie wzmożone ciśnienie,

Nonne-Apelt dodatni, pleocytoza 24; lipjodol: zatrzymało się szereg kropel najdłużej kropla na $D_{8/9}$ z rozpoznaniem: *tumor aut adhaesiones mening, aut pachymeningitis*, przeniesiona na Klinikę chirurgiczną. Część chirurgiczną omówił Dr. Jasieński.

Dr. Rost przedstawia chorą lat 14, u której przed pięciu laty wystąpił przemijający niedowład kończyn prawych. W dalszym przebiegu choroby pojawiły się drgawki w obrębie kończyny prawej górnej i w nerwie twarzowym z równoczesnem skręceniem głowy w prawo. Drgawki te pojawiały się co parę tygodni. Końcem września 1930 przywieziona na oddział VI-ty szpitala św. Łazarza. Drgawki występowały co kilka minut, rozpoczynając się skręceniem głowy i skojarzonem spojrzeniem w prawo, tonicznym wyprężeniem obu kończyn prawych i drgawkami klonicznemi w nerwie twarzowym. Drgawki te są charakterystyczne dla ogniska F_2. Chorą przekazano celem zabiegu do Kliniki chirurgicznej. Część chirurgiczną omówił Dr. Nowicki.

Dr. Chłopicki demonstruje przypadek guza mózgu w okolicy ośrodka ręki w półkuli prawej. Pacjent lat 20, dostał 7 miesięcy temu ataku drgawek, rozpoczynających się w 3 ostatnich palcach lewej ręki, ograniczających się początkowo do lewej dłoni i lewego przedramienia. Później ataki obejmowały całą lewą rękę, mięśnie lewego policzka oraz wywoływały zwracanie głowy i oczu w stronę lewą. Przed przybyciem do Kliniki pacjent odczuwał w czasie ataku lekkie zrywania w lewej nodze. Przytomności w czasie ataku nie tracił. Po ataku czuł się jednak bardzo zmęczonym; początkowo po atakach odczuwał osłabienie i niedowład w lewej ręce a zwłaszcza w palcach. Niedowład ten po pewnym czasie ustępował — ostatnio jednak pacjent ma stałe osłabienie władzy w lewej ręce, największe w palcach. Ataki zdarzają się obecnie bardzo często do 15 razy dziennie. Przedmiotowo: prawa źrenica nieco szersza, reakcje na światło i zbieżność dobre, lekki oczopląs przy patrzeniu na boki, zwłaszcza w lewo. Marszczenie czoła, zamykanie powiek gorsze po stronie lewej, — największe upośledzenie mięśni w dolnych partjach twarzy po stronie lewej. Słuch bez zmian. Fonacja dobra. Język wysuwa prosto. Ruchy czynne lewej ręki upośledzone, niezgrabne, zwłaszcza ruchy palców. Napięcie mięśni w obwodowych partjach ręki wzmożone. Odruchy ścięgniste lewej ręki wzmożone. Przy chodzeniu zawadza lewą nogą. Odruchy kolanowe i achillesowe po lewej stronie żywsze. Odruchów patologicznych brak. Czucie bólu i dotyku upośledzone na całej ręce lewej, najbardziej w partjach obwodowych ręki po stronie łokciowej. Czucie położenia wyraźnie obniżone w palcach i dłoni po stronie lewej. Lekkie obniżenie czucia położenia w palcach lewej nogi.

Ataki Jacksona rozpoczynające się stale z jednej grupy mięśni, pareza początkowo chwilowa a później stała w zakresie tychże właśnie mięśni, nierównomierny charakter porażenia zarówno ruchowego, jak też czuciowego przemawia za ogniskiem chorobowem (guzem) niszczącem korę w okolicy ośrodka ręki w półkuli prawej. Z tym rozpoznaniem chory został skierowany do Kliniki Chirurgicznej. Bezpośrednio po operacji objawy porażenia się nasiliły, wystąpiła hemipareza lewostronna, która stopniowo zaczęła się cofać. Ataki drgawek ustąpiły zupełnie. W kilka tygodni po operacji w kończynie dolnej można było stwierdzić tylko nieznaczne upośledzenie ruchów kończyny przy braku odruchów patologicznych, w lewej ręce wystąpił ruch fleksji ramienia ku przodowi oraz ruch fleksji palców, nerwy czaszki wykazywały stosunki jak przed operacją. Na swe usilne żądanie pacjent został wypisany do domu i na skutek tego dalsza obserwacja przebiegu stanu pooperacyjnego stała się niemożliwą.

Część chirurgiczną omówił Doc. Nowicki.

Kol. Z. Landau: demonstracja dwóch przypadków wrzodów troficznych stopy *(malum perforans pedis)*. Jeden w przebiegu jamistości rdzenia, drugi w przebiegu schorzenia *cauda equina*. W obu przypadkach leczonych bezskutecznie przez 3 względnie 4 lata, stwierdzono rentgenologicznie zmiany troficzne części kostnych i stawowych w otoczeniu wrzodów. Stwierdzenie zaburzeń vasomotorycznych wybitnego stopnia w pierwszym demonstrowanym przypadku oraz wzgląd na opisywane korzystne wyniki leczenia wrzodów omawianych dokołatętniczą sympatektomją, naprowadził demonstrującego na myśl leczenia m. p. p. przekrwieniem czynnem w myśl zasad Biera. W tym celu zastosowano preparat antiphlogistine" t. j. masę, która ogrzana i przyłożona do ciała zachowuje ciepło przez 24 godzin. Po 5 tygodniach leczenia tym sposobem udało się uzyskać całkowite zabliźnienie się wrzodu troficznego stopy w przypadku pierwszym *(syringomyelia)*.

Na podstawie doświadczenia zdobytego w przypadku pierwszym leczono drugi przypadek m. p. p. w przebiegu schorzenia *caudae equinae* sposobem analogicznym i uzyskano również zabliźnienie się wrzodu po 4 tygodniowej kuracji.

Demonstrowano chorego ostatniego oraz zdjęcia fotograficzne wrzodów przed leczeniem, w czasie i po zabliźnieniu się wrzodów. Szczególną uwagę zwrócono na fakt, że wraz ze zabliźnieniem się wrzodów nastąpiła daleko idąca poprawa zmian troficznych w częściach kostnych stwierdzona badaniem rentgenologicznem (autoreferat).

Doc. Nowicki przedstawia przypadek torbieli trzustkowej. *W dyskusji* Doc. Zubrzycki wspomina przypadek torbieli trzustkowej, który z powodu mylki rozpoznawczej dostał się na oddział ginekologiczny. Przypadek był przed kilku laty przedstawiony na posiedzeniu Krakowskiego Twa Ginekologicznego. Doc. Zubrzycki nawiązując do przypadków opisanych przez Doc. Nowickiego nadmienia, że wspomniana torbiel należała istotnie do bardzo rzadkich przypadków ponieważ schodziła do miednicy małej wypełniając ją całkowicie.

Doc. Nowicki: przedstawia przypadek wrzodu trawiennego w zespoleniu żołądkowo-jelitowem oraz przypadek: *hypertrophia mammarum*.

Posiedzenie z dnia 10 grudnia 1930 r.
Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Prezes wita kol. Doc. Wierzuchowskiego.

Doc. Wierzuchowski wygłasza odczyt p. t. „Wpływ hormonów, głodu i czynników pokarmowych na przetwarzanie węglowodanów przez ustrój prawidłowy.

Sekretarz: *E. Szczeklik*.

Lubelskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z posiedzenia, odbytego dn. 21 grudnia w Szpitalu św. Józefa w Lublinie.
Przewodniczy: Dr. Kujawski.

1. Odczytano i przyjęto protokoły 2 poprzednich posiedzeń.

2. Dr. Kozłowski przedstawia chorą l. 50 z owrzodzeniem skóry na czole, częściowo zabliźnionem w środku, na obwodzie otoczonem naciekiem i guzkami. Owrzodzenie płytkie, choroba trwa od 13 lat. Rozpoznanie: *Epithelioma basocellulare superficiale*. Leczenie w tym wypadku najodpowiedniejsze: naświetlanie prom. Roentgena.

3. Dr. Kozłowski przedstawia przyp. *mycosis fungoides* u starca 70-letniego. Chory zgłaszał się przed 2 laty ze zmianami podobnemi do łuszczycy, poza tem miał na skórze głowy i pleców owrzodzenie. Obecnie oprócz rozległego łuszczenia stwierdza się również obecność nacieków i owrzodzeń. Leczony był naświetlaniami Rg. i arszenikiem.

W dyskusji nad temi przypadkami zabierali głos: Dr. Distler, Herszenhorn, Jaczewski i Kozłowski.

4. Dr. Jaczewski omówił spostrzegane w szpitalu 3 przypadki *reakcji Herxheimerowskiej po stosowaniu bizmutu u chorych kiłowych* — 1) w postaci swędzącej osutki, 2) w postaci b. silnych bolów głowy (pogorszenie poprzednich objawów), w trzecim przypadku nastąpił przedwczesny poród w VII m.

W związku z temi przypadkami rozwinęła się ożywiona dyskusja na temat leczenia schorzeń kiłowych, zwłaszcza metod stosowanych w porażeniu postępującem (zimnica, pyrifer, siarka i in.), w której zabierali głos Dr. Herszenhorn, Distler, Drożdż, Kowalski i Jaczewski.

5. Dr. Jaczewski przedstawił chorą ze zmianami skóry twarzy, polegającemi na łuszczeniu się i sączeniu. Zapewne chodzi tu o *impetigo contagiosa*, jakkolwiek wygląd skóry przypomina miejscami łuszczycę. Badanie krwi wykazało limfocytozę, wskaźnik normalny.

6. Dr. Jaczewski wygłosił referat *o odczynie d'Amato*.

W dyskusji zabierał głos Dr. Distler.

Po załatwieniu spraw bieżących zakończono posiedzenie.

Sekretarz: *Dr. Morozowa*.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

I. Posiedzenie naukowe z dnia 23. stycznia 1931.
Przewodniczący: Kol. J. Marischler.

1. Na wstępie zwraca się kol. Przewodniczący z apelem do ogółu członków, by pilniej uczęszczali na posiedzenia naukowe Twa i zgłaszali interesujące pokazy i wykłady — oraz z prośbą o żywszy udział w dyskusji.

2. Kol. T. Ostrowski przedstawia przypadek *torbieli trzustki po operacji*. Chora przed 3-ma miesiącami przebyła atak jakiejś ostrej sprawy w jamie brzusznej; rozpoznano zapalenie

ślepej kiszki — operacja: Wybitnych zmian w wyrostku nie znaleziono — nieznaczny wysięk w jamie brzusznej. Rana zagoiła się przez rychłozrost. W 4 tygodnie później ponowny atak, po którym zaczął się tworzyć guz w górnej połowie jamy brzusznej wielkości głowy dziecka, wypychający żołądek ku dołowi (Roentgen). Operacja wykazała torbiel trzustki — usunięto część ściany torbieli. Otwór wszyto w powłoki jamy brzusznej; po opróżnieniu zawartości (płyn i odbarwione skrzepy bezpostaciowe) wnętrze torbieli wytarto nalewką jodową i założono sączek gumowy.

Rana do 2 tygodni zagojona. Płyn z torbieli zaczynów trzustkowych nie zawierał. Przypuszczać można, że mieliśmy do czynienia z zapaleniem trzustki z obostrzeniami, które dały początek powstaniu torbieli rzekomej, w okolicy sprawy zapalno-krwotocznej trzustki. Sprawy takie coraz częściej spotykamy. Przebieg bywa b. rozmaity od nasileń nieznacznych ustępujących bez operacji począwszy, przez nasilenia ze zgorzelą tkanki tłuszczowej dające opanować się przez otwarcie ogniska i sączkowanie, do postaci najgwałtowniejszych, gdzie najszybsza interwencja chirurgiczna nie daje wyniku.

Kol. Nowicki uważa, że w przypadku przedstawionym zachodzi twór torbielowaty (Cystoid) a nie torbiel prawdziwa. Za zdaniem tem przemawia umiejscowienie torbieli w części ogonowej trzustki, charakterystyczne wciskanie się między żołądek a poprzecznicę kiszki a wreszcie zwykle stwierdzana w tego rodzaju tworach treść czekoladowa lub wogóle krwawa. W tego rodzajach tworach torbielowatych chodzi o rozstrzygnięcie, czy powstały one z pierwotnego wylewu krwawego do trzustki, czy też wylew nastąpił do ogniska, zmienionego pod wpływem działania soku trzustkowego.

Kol. Legeżyński St. wspomina, że w jednym z numerów Pol. Gaz. Lek. który ukaże się w lutym znajduje się praca R. Żabińskiego z Krakowa, w której opisany jest podobny przypadek torbieli trzustki.

Kol. Hilarowicz zwraca uwagę na przypadki t. zw. niejasnych laparotomij z powodu ostrych objawów ze strony jamy brzusznej; w przypadkach tych bardzo często kryje się martwica trzustkowa lub lekkie jej zapalenie, a im się pilniej w kierunku tym szuka, tem przypadki podobne zdarzają się częściej. Podobne trzy przypadki widziano na klinice chirurgicznej.

Kol. Sołowij zapytuje o ile podobne przypadki torbieli trzustki dadzą się radykalnie operować.

W odpowiedzi kol. T. Ostrowski: w większości takich przypadków niemożliwe jest całkowite usunięcie torbieli wraz ze ścianami, a zabieg polega na otwarciu torbieli, wypuszczeniu płynu i zdrenowaniu.

3. Kol. Czyżewski przedstawia chorego na chorobę *Sodoku* wywołaną przez ukąszenie przez szczura, który przenosi na chorego krętek, opisany w 1916 r. przez Futaki'ego jako *spirochaeta morsus muris*, a w 1924 r. przez Robertsena jako *spirillum minus*. Sodoku znane jest w Japonji od dawnych czasów, w Europie opisywano pojedyncze przypadki. Przedstawiony jest pierwszym w Polsce o objawach typowych choroby Sodoku. W trzy tygodnie po ukąszeniu wystąpił pierwszy napad: 4 dni wysokiej gorączki do 40 stopni, charakterystyczne wykwity na skórze ukąszonej kończyny, zapalenie naczyń i gruczołów chłonnych okolicznych. Potem przerwa bez gorączki z cofaniem się innych objawów przez tydzień i drugi napad analogiczny do pierwszego. Po 9-dniowej przerwie trzeci napad. Chory znajduje się w dalszej obserwacji. Szczegółowy opis ukaże się w druku.

W dyskusji Kol. Marischler zwraca uwagę na dobre działanie neosalwarsanu w przypadkach choroby szczurzej.

Kol. Legeżyński St. wspomina, że zarazek choroby szczurzej zalicza się właściwie do śrubowatych *(Spirillacea)*. Roznosicielami zarazka mogą być koty a czasem nawet i psy. W krajach sąsiadujących z Polską stwierdzono po wojnie większą ilość wypadków choroby Sodoku. Niewątpliwie i w Polsce występuje ona częściej, tylko nie jest rozpoznawana.

4. Kol. Hilarowicz przedstawia z kliniki chirurgicznej a) *chorą po wycięciu całkowitem prostnicy wraz z macicą i prawie całą pochwą z powodu rozległego raka prostnicy*, przechodzącego na otoczenie. Operację wykonano w znieczuleniu lędźwiowem drogą kombinowaną, t. j. brzuszno-międzykroczną. Droga kombinowana umożliwiła radykalną operację połączoną z usunięciem wszystkich zajętych gruczołów w obrębie miednicy oraz zapewniła aseptykę jamy otrzewnej, co przy operacji od zewnątrz wobec przebicia raka do pochwy byłoby wykluczonem. Omówienie stanowiska kliniki chirurgicznej pod względem wyboru między metodą dorsalną a kombinowaną, przyczem stanowisko to nie jest tak radykalne jak np. Schmiedena lub Kirschnera, gdyż metodę kombinowaną rezerwuje się w klinice tylko dla niektórych przypadków, a zazwyczaj stosuje się drogę dorsalną, jeśli się da, z zachowaniem zwieracza;

b) preparat sekcyjny przedstawiający *późne powikłanie zespolenia żołądkowo-jelitowego* wykonanego przed 19 laty z powodu wrzodu odźwiernika; chory czuł się po zespoleniu przez 15 lat zdrowym, poczem zaczął doznawać dolegliwości żołądkowych a wreszcie przybył na klinikę lekarską z rozpoznaniem ropnia podprzeponowego. Ropień otwarto, poczem wytworzyła się przetoka kałowa. W dalszym ciągu wykonano u chorego nowe zespolenie przednie, a to z powodu zupełnej prawie niedrożności zespolenia pierwszego. Śmierć z powodu zapalenia otrzewnej. Sekcja wykazała iż pierwotny wrzód odźwiernika po wielu latach przebił, powodując ropień komunikacyjny ze zgięciem wątrobowem okrężnicy a stąd ropień podprzeponowy z przetoką kałową, który przebił również do opłucnej prawej. Zespolenie dawne okazywało zupełne prawie zwężenie na tle wrzodu trawiennego w samem zespoleniu. Przypadek stanowi rzadkie, późne powikłanie zespolenia a wskazuje na to, iż zespolenie powinno być zarzuconem jako lecznicza metoda wyboru przy wrzodzie żołądka i dwunastnicy na korzyść resekcji.

W dyskusji nad przypadkiem pierwszym zapytuje kol. Sołowij czy wobec tak znacznych rozmiarów guza opłacało się robić zabieg operacyjny.

Kol. Ostrowski zapatruje się również sceptycznie na trwałość wyniku operacji przy tak rozległych zmianach.

Odpowiedział kol. Hilarowicz.

5. Kol. Hornung wygłasza wykład p. t.: *W sprawie leczenia śledzioną gruźlicy płuc*, który ukaże się w skróceniu w druku w Pol. Gaz. Lek.

W dyskusji kol. Grabowski podnosi analogiczne działanie naświetlań promieniami Roentgena okolicy śledziony. Wprawdzie nie podziela entuzjazmu Manukina, jednak w obserwowanych przez siebie 3 przypadkach gruźlicy rozpadowej uzyskał znaczną poprawę stanu ogólnego w szczególności przybytek na wadze, stale utrzymujący się spadek ciepłoty. Na 18 przypadków gruźlicy gruczołowej z hipertermią w 12 uzyskano znaczną poprawę stanu ogólnego oraz dłuższy czas utrzymujące się obniżenie temperatury. Omawiając mechanizm działania promieni Roentgena podkreśla działanie słabych dawek promieni na układ siateczkowo-śródbłonkowy i zachowanie się ciał odpornościowych we krwi.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 30. stycznia 1931.

Przewodniczący: Kol. J. Marischler.

1. Odczytanie protokołu z poprzedniego posiedzenia.

W dyskusji Kol. Franke zwraca uwagę, że protokoły posiedzeń naukowych są za mało dokładne. W tym samym duchu przemawiał Kol. Pisek. Kol. Rothfeld podnosi, że winę ponoszą tu także członkowie przemawiający na posiedzeniach, którzy nie dostarczają na czas autoreferatów sekretarzowi.

Kol. Sekretarz wyjaśnia, że, w protokole odczytywanym na posiedzeniu ogranicza się tylko do najkrótszego podania przebiegu posiedzenia, a szczegółowe sprawozdanie przygotowuje do druku w Pol. Gaz. Lek.

2. Kol. Dobrzański przedstawia: a) chorego lat 55, z zawodu robotnika, który od 6 miesięcy czuje zmniejszenie się drożności nosa po stronie prawej i katar nosa z obfitą wydzieliną, utrzymujący się przez cały czas do dnia dzisiejszego. Od 2-ch miesięcy wystąpiło całkowite zatkanie prawej jamy nosowej, a od miesiąca chory zauważył obrzęk i stwardnienie na prawym policzku. Skarży się też na łamanie głowy po stronie prawej.

Stan obecny: chory jest wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienia podupadłego z odcieniem skóry ziemistym. Prawa jama nosowa wypełniona jest naciekiem miękkim, kruchym, częściowo się rozpadającym i na dotyk zgłębnika łatwo krwawiącym. Przedsionek nosowy wypełniony jest obfitą śluzowo-ropną wydzieliną. Drożność nosa po stronie prawej zupełnie zniesiona. Lewa jama nosowa nie przedstawia większych zmian.

Na twarzy pod okiem prawem widoczny jest obrzęk i naciek twardy, obejmujący całą przednią ścianę szczęki górnej, której zewnętrzna powierzchnia jest znacznie wypuklona w porównaniu ze stroną drugą. Skóra mało przesuwalna, obrzękła, wykazuje poniżej dolnego brzegu oczodołu przebicie w formie przetoki, z której wydobywa się śluzowo-ropna wydzielina. Jama gardłowa przedstawia obraz przewlekłego nieżytu a w jamie gardłowo-nosowej widoczny jest guz o tym samym charakterze, wyrastający z prawego nozdrza tylnego i wypełniający całe jej światło.

Badanie drobnowidowe wycinka z nacieku jamy nosowej prawej wykazało budowę raka płasko-komórkowego. Zdjęcie rentg. wykazało zaciemnienie prawej zatoki szczękowej i prawej jamy nosowej. Rozpoznanie: *carcinoma planocellulare cavi nasi et sinus maxillaris dextri.*

Wobec powyższego rozpoznania klinicznego i drobnowidowego zdecydowaliśmy się na wykonanie zabiegu operacyjnego i założenie w łączności z operacją igieł radowych.

Operacja: w znieczuleniu miejscowem po nastrzykaniu przedniej ściany szczęki górnej i nerwu oczodołowego dolnego i po znieczuleniu zapomocą włożonych tamponów napojonych 10% roztworem kokainy do prawej jamy nosowej oraz kilkakrotnem pędzlowaniu tym samym roztworem jamy gardłowo-nosowej przystąpiono do operacji radykalnej jamy szczękowej prawej i jamy nosowej sposobem Denkera. Po nacięciu śluzówki w przedsionku ustnym od wędzidełka wargi górnej aż do przejścia przedniej ściany szczęki górnej w tylną w odległości pół centymetra od brzegu dziąsła natrafiono na kalafiorowate szaro-różowe masy guza. Odsłonięto przedni brzeg kostny bocznej ściany jamy nosowej, która była utrzymana jedynie na szerokość $1^1/_2$ cm, poza tem zniszczona przez nowotwór. Przy pomocy dłóta i kleszczy kostnych usunięto resztkę przedniej ściany jamy szczękowej i listwy kostnej od przodu z bocznej ściany jamy nosowej, i odsłonięto w ten sposób guz, który zajmował całą jamę szczękową i jamę nosową. Przy pomocy ostrej łyżki usunięto masy guza z jamy nosowej i szczękowej aż do choany, usuwając również resztkę muszli dolnej. Krwawienie było stosunkowo nie duże. Po oczyszczeniu jamy stwierdzono, że zewnętrzna ściana jamy szczękowej i jamy nosowej były zniszczone przez nowotwór wrastający częściowo w miękkie części twarzy, oraz w kierunku kości jarzmowej, którą częściowo usunięto zapomocą kleszczy kostnych. Ściana oczodołu i tylna jamy szczękowej były gładkie i nie zniszczone. Podobnie oczyszczono dolną ścianę jamy szczękowej zapomocą ostrej łyżki aż do zdrowej kości. W jamie nosowej wyskrobano starannie dolną jej ścianę a ku górze pod muszlą środkową w kierunku komórek sitowych natrafiano na zdrową śluzówkę. Muszla środkowa była niezmieniona, podobnie jak i przegroda nosowa. Po wycięciu podejrzanych miejsc w częściach miękkich twarzy zakończono operację, wkładając do wyścielonej gazą jodoformową jamy nosowej i szczękowej 7 igieł radowych zawierających po 2 mg radu, rozmieszczając je na obwodzie powstałej jamy pooperacyjnej, w tem dwie igły założono w części miękkie twarzy. Ranę pooperacyjną pozostawiono otwartą poza dwoma szwami ściągającemi.

Stan chorego po zabiegu dobry, ciepłota wieczorem wynosiła 38,6°, następnego dnia wystąpił nieznaczny obrzęk twarzy, ciepłota zaś w następnych dniach pooperacyjnych utrzymywała się do 37,5°, przyczem stan chorego był zupełnie dobry. Po 5 dniach wydobyto tampony wraz z igłami radowemi, poczem jamę przepłukano i założono świeży tampon z gazą jodoformową. Po 10 dniach przepłukiwania i tamponowania jama pooperacyjna oczyściła się znacznie a obrzęk na twarzy całkowicie ustąpił, chory czuje się zupełnie dobrze. Po 4 tygodniach jama nosowa oraz jama szczękowa wyściełiły się różową gładką śluzówką, nie wykazując żadnych miejsc, gdzieby był widoczny nawrót nowotworu. W zewnętrznym kącie widoczna była czerwona ziarnina, której badanie drobnowidowe nie wykazało utkania nowotworu, lecz ziarninę.

Obecnie chory jest już 11 miesięcy po operacji i czuje się zdrów, wykonuje swój zawód, przybył nieco na wadze. Badanie jamy szczękowej i jamy nosowej nie wykazuje nigdzie miejsc podejrzanych na nawrót. Śluzówka z powodu obszerności jamy i po działaniu radu wykazuje tylko skłonność do wysychania, pokrywając się strupami zaschłej wydzieliny. Cała jama nosowa i szczękowa po stronie prawej wyścielona jest gładką śluzówką. Gruczoły podszczękowe niemacalne.

W przypadku powyższym można było zdecydować się albo na typowe wycięcie szczęki górnej albo też na operację radykalną sposobem Denkera z założeniem radu, jak to uczyniliśmy. Resekcja szczęki górnej jest zabiegiem ciężkim, oszpecającym i stwarzającym stałą komunikację między jamą ustną a nosową, a przytem jak wykazują liczne zestawienia statystyczne w znacznej większości przypadków niezapobiegającą nawrotom nowotworu. Sposób operacyjny zastosowany w naszym przypadku wraz z założeniem radu wybraliśmy dlatego, ponieważ jest on zabiegiem znacznie lżejszym i zupełnie nieszpecącym, bo jak widać obecnie twarz chorego poza lekkim wklęśnięciem policzka jest zupełnie niezmieniona.

Metodę tę zastosowaliśmy zachęceni wynikami jej stosowania przez autorów francuskich Hautant et O. Monoda, którzy ją podali, a także wynikami podanemi przez Verger'a z oddziału Hautant i radjologa Prof. Regaud w Paryżu, którzy uzyskali w ten sposób znacznie lepsze wyniki niż inni autorowie, bo jak dotychczas 38% wyzdrowienia, przyjmując za minimum obserwację jednoroczną. Stosowaniu tej metody miałem sposobność przypatrzyć się w roku 1926 w czasie mego pobytu w Paryżu na oddziele Hautanta i Instytutu Radowego Curie, nie mogliśmy jednak dotychczas jej zastosować, ponieważ nie mieliśmy do dyspozycji igieł radowych, których nam przed rokiem użyczył kolega Meisels, za co mu składam z tego miejsca podziękowanie.

Zasadą tej metody jest, że po chirurgicznem usunięciu guza, rozmieszczamy w jamie pooperacyjnej małe elementy radowe lub zawierające emanację radową w tubkach jak w naszym przypadku po 2 mg radu na obwodzie całej jamy pooperacyjnej wkłuwając ewentualnie igły w miejsca podejrzane nie dające się chirurgicznie usunąć. W naszym więc przypadku poddaliśmy jamę pooperacyjną działaniom 70 mg radu w ciągu 5 dni, co czyni około 13 millicuries detruit. Podani francuscy autorowie stosowali około 20 wymienionych jednostek, ostrzegają jednak przed stosowaniem większej ilości radu, by nie wywołać radonekrozy kości otaczających, która występowała w przypadkach, gdzie stosowano większe pojedyńcze elementy radowe lub poddawano naświetlaniu promieniami X. W naszym przypadku nie mieliśmy ani radonekrozy następowej, ani też ropnego procesu zapalnego, prowadzącego do ogólnego wycieńczenia chorego. Wynik więc zastosowanej metody jest jak dotychczas znakomity, dlatego pozwoliłem sobie przypadek powyższy przedstawić.

b) Chorego lat 21, z zawodu pomocnika stolarskiego, który od 2 roku życia po płonicy cierpiał na obustronne ropne zapalenie ucha środkowego. Przed 10 dniami wystąpiły u chorego silne bóle w uchu prawem i całej prawej połowie głowy, z podwyższeniem ciepłoty do 38.5°. Od 6 dni wystąpiły wymioty i zamroczenie i w tym stanie przywieziono chorego do Kliniki Otolaryngologicznej. Stan obecny: chory wzrostu średniego, dobrze zbudowany, odżywienia miernego. Skóra sucha, zaróżowiona, bez zmian. Ciepłota ciała w chwili badania 37,6°, tętno regularne silnie napięte 60/m, a więc zwolnione. Chory zamroczony, robi wrażenie ciężko chorego. Silna przeczulica na dotyk. Głowa umiarowa na opukiwanie i przy ruchach bolesna. Twarz: symetryczna bez zmian w unerwieniu. Gałki oczne prawidłowo ustawione na światło dobrze reagują. Uszy: w obu przewodach ropna wydzielina. Obie błony bębenkowe przedziurawione z dość dużemi ubytkami. Kosteczki słuchowe spróchniałe i zniszczone. Ropa w uchu prawem tętni. Wyrostek sutkowy prawy na ucisk i opukiwanie bardzo bolesny, nieobrzękły. Wyrostek lewy bez zmian. Badanie słuchu utrudnione, wykazuje mowę głośną, słyszalną tuż przy małżowinie lewej. Na ucho prawe zupełnie głuchy. Sztywność karku i bolesność przy próbach zginania głowy. Kernig dodatni, Babiński po stronie lewej zaznaczony.

Wobec obecności objawów ropnego zapalenia opon mózgowych i podejrzenia na ropień mózgu przystąpiono natychmiast do zabiegu, t. j. operacji radykalnej ucha prawego. Typowe cięcie poza małżowiną aż na kość i odsunięcie okostnej. Dłótowanie. Kość w części korowej zbita twarda, sam wyrostek o budowie dość pneumatycznej. Komórki zniszczone pełne ropy. Łyżeczką odsłonięto *antrum*, dość duże, pełne zropiałych mas perlakowych. Po usunięciu perlaka odsłonięto nieco ku tyłowi opony mózgowe. Opony zmienione pokryte ziarniną. W jednem miejscu mała przetoczka do płatu skroniowego drążąca w mózgu na głębokość 3 cm. Cienką nosową pincetą rozszerzono przetokę, z której obfita cuchnąca ropa wypływa pod ciśnieniem. Po ustaniu wypływu przemyto lekko ropień płynem fizjologicznym. Założono do jamy ropnia cienki drenik i pozostawiono ranę otwartą po wykonaniu plastyki przewodu usznego.

Następnego dnia ciepłota wynosiła najwyżej 37,3°, chory miał ból głowy znacznie mniejszy, sztywność karku również mniejsza. Stan ten uległ w następnych 4 dniach dalszej poprawie, przyczem wstrzykiwano codziennie 5 cm^3 40% roztworu urotropiny, która według prac, w ostatnich latach ogłaszanych ma leczniczo oddziaływać na ropne zapalenie opon mózgowych. Po 6 dniach od operacji ustąpiły zupełnie objawy zapalenia opon mózgowych, to też zaprzestano podawać urotropinę dożylnie, a podano doustnie po $1^1/_2$ gramie ($3 \times$ à 0.5 g) dziennie. Po 2 tygodniach chory miał się tak dobrze, że mógł wstać. Po 3 tygodniach od operacji rana była całkowicie wypełniona ziarniną, tak, że pozostała tylko mała przetoka. Obecnie 7 tygodni po operacji rana za uchem zupełnie zagojona, w przewodzie zewnętrznym słuchowym utrzymuje się nieco ropnej wydzieliny i bujającej ziarniny. Chory chodzi, inteligencja jego bez zmian. Ropnie mózgowe przedstawiają często wielkie trudności w rozpoznaniu, zwłaszcza o ile są nieduże i w stadjum utajonem, którego jedynemi objawami są zwyczajnie tylko uporczywe bóle głowy, i lekkie niedomagania psychiczne, t. j. stany podniecenia lub depresji. Z chwilą gdy przechodzi w stadjum jawne mogą dać szereg objawów, dających się stwierdzić neurologicznie, zależnie naturalnie od umiejscowienia się ropnia. I w naszym przypadku mieliśmy właściwie wyraźne objawy oponowe, które po części przykrywały objawy

obecnego ropnia mózgu, który był usadowiony w płacie skroniowym blisko górnej ściany narządu słuchowego i niewątpliwie był wywołany przez przewiekły ropny stan zapalny ucha środkowego i przez obecność perlaka. Wiele przypadków ropni mózgowych nawet mimo ścisłych badań neurologicznych i pomocniczych usuwa się od rozpoznania. W okresie wcześniejszym, staje się wyraźne dopiero w okresie ostatecznym, w którym też i chirurgiczne otwarcie ropnia już nie zawsze wiele może zdziałać. Stąd też wynika duży procent śmiertelności który dla ropni płatu skroniowego pochodzenia usznego obliczają na 60%, a dla ropni móżdżku na 75% do 100% śmiertelności. W przypadkach zaś, w których nastąpi otwarcie ropnia, występuje również w dużym procencie zejście śmiertelne z powodów albo postępującego zapalenia mózgu, albo przebicia do komory lub wreszcie z powodu ropnego zapalenia opon mózgowych które stanowią najczęstszą przyczynę zejścia śmiertelnego. W Klinice Otolaryngologicznej mieliśmy dotychczas w ciągu lat 5-ciu 8 przypadków ropni mózgowych z tego 5 ropni płatu skroniowego, a 3 móżdżku. Wszystkie były pochodzenia usznego. Z trzech przypadków ropni móżdżku, w dwóch znaleziono ropień i otwarto, w obu było też ropne zapalenie opon i nastąpiło zejście śmiertelne, a w jednym znaleziono ropień na sekcji nieotwarty. Z 5-ciu przypadków ropnia płatu skroniowego w jednym przypadku ropień nie był rozpoznany, gdyż nie dawał żadnych objawów, a więc i nieotworzony lecz stwierdzony na sekcji, a w 4-ch przypadkach ropień znaleziono. Z tych w dwu przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne, gdyż operowane były w stanie ciężkim, prawie że ostatecznym z objawami ciężkiego ropnego zapalenia opon w 2-ch zaś innych ropień przed operacją nie rozpoznany, był w czasie operacji otwarty i nastąpiło wyzdrowienie całkowite. Z tych 2-ch przypadków jeden przedstawiał w roku ubiegłym Prof. Z a l e s k i na posiedzeniu tut. Towarzystwa, a drugi przedstawiam obecnie. W ostatnich czasach śmiertelność ropni mózgowych maleje, w zestawieniach statystycznych autorów rozmaitych krajów, a to z tego powodu, że zaczęto stosować otwarcie ropnia metodą podaną przez L e m a i t r e'a, która polega na tem, ażeby, jak autor podaje, wykluczyć przestrzeń podpajęczynową przez wprowadzenie minimalnie cienkiego dreniku przez otwór po nakłuciu grubą igłą, który następnie codziennie się powiększa przez wprowadzanie coraz szerszych dreników, dochodzących do grubości najwyżej 7 mm. W ten sposób ma się rzekomo doprowadzić do wytworzenia wału obronnego z tkanki zapalnej około kanału drenu i do zapobiegania tym sposobem szerzenia się zakażenia w oponach. Metoda ta podana w roku 1919 zyskuje obecnie coraz więcej zwolenników, gdyż rzeczywiście zmniejsza ona bardzo śmiertelność pooperacyjną ropni, a według zestawienia Lemaitre'a nawet do 25%. Metoda ta była przedmiotem bardzo żywej dyskusji na ostatnim zjeździe Międzynarodowym Otolaryngologów w Kopenhadze w roku 1928 i jak widać z wypowiedzenia się różnych autorów zyskała powszechne uznanie.

Tą też metodą nieco zmodyfikowaną przez znalezione stosunki przy operacji wobec przetoki istniejącej był leczony obecnie przedstawiony przypadek, w którym przez przetokę w oponach lekko rozszerzoną zapomocą cienkich szczypczyków wprowadziliśmy dren gumowy, przekroju około 5 mm, który następnie zamieniono na nieco szerszy do 7 mm szerokości. Metoda ta ma naśladować samoistne przebicie ropnia, który się otwiera zwyczajnie przez małą przetoczkę osłoniętą tkanką zapalną, ziarninową, obronną dla zakażenia opon. Znaczenie tej metody podkreślają obecnie nietylko laryngolodzy, lecz i chirurdzy na co wskazuje praca ogłoszona w ubiegłym roku w Archives de Laryngologie z Kliniki Prof. Le Fort w Lille przez Piquet'a i Minnet'a, którzy stosując tę metodę w 9 przypadkach w 6-ciu uzyskali wyzdrowienie, a tylko w 3-ch zejście śmiertelne.

Ciekawem w tej pracy, bardzo szczegółowo pod względem anatomopatologicznym, klinicznym i leczenia operacyjnego opracowanej jest to, co chciałbym podkreślić, że autorowie ci jakkolwiek są chirurgami nie otologami *są bezwzględnymi zwolennikami otwierania ropni mózgu pochodzenia usznego tylko i jedynie przez wyrostek sutkowy w łączności z typowo wykonaną jego trepanacją* a nie przez sklepienie czaszki jak to większość chirurgów dotychczas wykonuje. Wychodzą oni z założenia słusznego, że otwierając go od strony ucha przechodzimy przez tkankę mózgową i oponową, przez które szło zakażenie, które ropień mózgu czy móżdżku wytworzyło. Otwierając zaś od strony sklepienia, przechodzimy przez tkankę zdrową, którą do zakażenia wciągamy. Ponadto jako powód swego stanowiska podkreślają to, że w każdym przypadku ropnia mózgowego pochodzenia usznego powinna być wykonana typowa operacja na wyrostku sutkowym i uchu środkowem, gdyż otwarcie samego tylko ropnia bez operacji ucha może doprowadzić do wytworzenia drugiego ropnia tą samą drogą powstałego i na to podają przykłady z piśmiennictwa.

Dla podkreślenia więc znaczenia metody operacyjnej Lemaitre'a i dla rzadkości wyleczenia ropnia mózgu i ropnego zapalenia opon mózgowych pozwoliłem sobie ten przypadek przedstawić.

W dyskusji odnośnie do przypadku drugiego Kol. R o t h f e l d zwraca uwagę na trudności w rozpoznawaniu ropni w płacie skroniowym zwłaszcza prawym i na różnicę między symptomatologją ropni w prawym i lewym płacie skroniowym. Podnosi znaczenie objawu Eageltona, polegającego na bólu za gałką oczną po stronie ropnia.

Kol. T. F a l k i e w i c z wspomina o podobnym przypadku, obserwowanym niedawno przez siebie, a operowanym w szpitalu wojskowym, ponadto zwraca uwagę, że w przypadkach tych obserwuje się raczej apatję, a rzadziej podniecenie.

Kol. F e l s podnosi, że jako prosektor wojskowego szpitala podczas wojny miał sposobność obserwować trzy przypadki sekcyjne ropnia mózgu, które bez objawów klinicznych zakończyły się nagłą śmiercią.

Kol. P i s e k podaje z własnej praktyki przypadek z objawami zapalenia opon, w którym punkt wyjścia sprawy z ucha zatajony był rozmyślnie przez chorą (chora przed każdą wizytą lekarską oczyszczała z ropy przewód uszny), a dopiero dzięki doniesieniu sąsiadki został odkryty.

Kol. T. O s t r o w s k i zwraca uwagę na niebezpieczeństwo zakażenia oraz przebicia do komór i nagłej śmierci przy operowaniu ropnia mózgu od zdrowej tkanki mózgowej. Zaleca operowanie od ogniska ropnego, a nie od zdrowej tkanki, ewentualnie zabieg dwuczasowy w przypadkach tych, gdzie niema dowodów łączności ropienia obwodowego z ropniem mózgu, przyczem pierwszy akt ma na celu wywołanie sztucznych zlepów. Odpowiedział kol. D o b r z a ń s k i.

3. Kol. S c h u s t e r ó w n a omawia i przedstawia *preparaty z dwóch przypadków dość rzadkich nowotworów, wychodzących z przysadki mózgowej.*

Pierwszy przypadek jest to t. zw. nabłoniak nerwowy, *neuroepithelioma*, nowotwór zbudowany z komórek nerwowych. Miejscem wyjścia dla guza była najprawdopodobniej część nerwowa przysadki mózgowej, a to ze względu na ułożenie pierwotnego guza w siodełku tureckiem i na jego stosunek do części gruczołowej przysadki, która dobrze zachowana pod postacią rąbka tkanki białawej, półksiężycowato otacza nowotworowo zmienioną część nerwową. Z siodełka tureckiego drogą nóżki przysadki nowotwór przeszedł przez oponę twardą, na podstawę mózgu i wytworzył drugi większy guz nad oponą siodełka. Guz daje się łatwo oddzielić od otoczenia, a po jego wyłuszczeniu stwierdza się rozległe zmiany uciskowe w częściach mózgu, przylegających do nowotworu, przedewszystkiem dna komory III i skrzyżowania nerwów ocznych. Opisany nowotwór wykazano u kobiety 40-letniej zmarłej na klinice nerwowej.

Przypadek drugi jest to guz stwierdzony również na podstawie mózgu, gdzie wywierał znaczne zmiany uciskowe. Guz ma budowę torbielowatą, wykazuje rozległe zwapnienia. Drobnowidowo przedstawia utkanie szkliwiaka *adamantinoma*, nowotworu, który jak wiadomo rozwija się z nabłonków niezużytych w budowie szkliwa zębowego (emailoblastów) i wychodzi najczęściej z szczęki dolnej i górnej, w rzadkich przypadkach stwierdza się go w gardzieli lub na podstawie mózgu. Powstanie nowotworu tak ściśle związanego co do pochodzenia z nabłonkiem jamy ustnej w jamie czaszkowej odnieść należy do wady rozwojowej. Powstaje on mianowicie, jak to wykazał Erdheim z pozostałości embrjonalnych przewodu przysadki mózgowej. Jak wiadomo część gruczołowa przysadki pochodzi z wypuklenia uchyłka gardzieli, z t. zw. kieszonki Rathkiego, która się później odsznurowuje. Pozostały zaś przewód przysadki zarasta, ostatecznie zanika. Opisany nowotwór dotyczył dziewczynki 11 letniej, zmarłej na klinice dziecięcej. U dziecka tego nie wykazano objawów *dystrophia adiposo-genitalis* prawie stale stwierdzanych w przypadkach szkliwiaków podstawy mózgu, najprawdopodobniej dlatego, że w przedstawionym przypadku nieuszkodzoną była przysadka mózgowa. W innych podobnych przypadkach szkliwiaków nowotwór niszczył przysadkę częściowo lub całkowicie.

Kol. M u s i a ł: W związku z przedstawionemi preparatami nowotworów przysadki mózgowej nas okulistów interesowałby przedewszystkiem obraz kliniczny tych przypadków, a zwłaszcza obraz rentgenologiczny. Ze stanowiska okulistycznego musimy rozróżnić dwa rodzaje nowotworów wychodzących z przysadki mózgowej. Jedne łagodne, drugie złośliwe, jednak nie w znaczeniu budowy anatomo-patologicznej, ale w odniesieniu do zmian ze strony nerwów wzrokowych które one powodują. Pierwszy rodzaj najczęściej wychodzący z gruczołowej części przysadki nie osiąga większych rozmiarów najwyżej dochodząc do wielkości maliny, pozostając w siodełku tureckiem lub dążąc w kierunku kości klinowej. Guzy tego rodzaju nie uciskając na

skrzyżowanie nerwów wzrokowych nie powodują żadnych zmian na dnie oczu ani w polu widzenia. Guzy tego rodzaju dają też najlepsze wyniki pooperacyjne od strony nosa, gdyż operacja odbywa się bez otwarcia opony twardej.

Drugi rodzaj rozrastając się śródczaszkowo może powodować ucisk na skrzyżowanie nerwów wzrokowych i powodować połowicze widzenie, albo uciskając na same nerwy wzrokowe powodować wystąpienie objawów takich, jak zapalenie nerwów wzrokowych, tarczę zastoinową a nawet obraz prostego zaniku nerwu wzrokowego, takiego samego, jaki spotykamy przy wiądzie rdzenia. Jak z tego wynika z samego obrazu wziernikowego nie możemy ustalić żadnego rozpoznania, lecz musimy uwzględnić całokształt sprawy chorobowej.

Kol. Adam-Falkiewiczowa podaje kliniczny przebieg przypadku I-ego, tyczącego chorej, która zmarła w klinice neurologicznej. Podnosi brak objawów ogólnego wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego jakoteż brak objawów przysadkowych. Obraz kliniczny przy pierwotnym zaniku nerwu wzrokowego, znacznem osłabieniu wzroku, przy słabo reagujących źrenicach i przy różnicy w odruchach kolanowych imitował początkowo wiąd rdzenia. Dopiero nagłe pogorszenie stanu chorej syndrom uciskowy w płynie mózgowordzeniowym naprowadziły na prawdziwe rozpoznanie. Tego rodzaju przypadki opisane są w literaturze i mają swą nazwę specjalną *„pseudotabes pituitaria"*.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 6. lutego 1931.
Przewodniczący: Kol. J. Marischler.

1. Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.

2. Kol. Demianowska przedstawia: a) Przyp. I. M. T. Chory 42 letni bez obciążenia dziedzicznego, do obecnej choroby zdrów, od kilku miesięcy wykazuje zmiany psychiczne.

Objektywnie: jest euforyczny, wykazuje brak zrozumienia dla swej choroby, mało zainteresowania dla otoczenia i spraw bieżących. Łatwy do nawiązania kontaktu, ale nieuważny, obojętny, nie interesuje się przedmiotem rozmowy. Ubytki pamięciowe dla spraw ostatnich znaczne, dla dawnych mniejsze. Wiadomości nawet tyczące jego pracy niewystarczające. Nadto stwierdzono: źrenice nierówne nieokrągłe o słabej reakcji na światło. Nieznaczna prawostronna hemipareza z dodatnim objawem Babińskiego. O. W. krwi i płynu ujemny, brak pleocytozy, natomiast wzmożone odczyny białkowe. Goldsol ujemny. Rentgenologicznie stwierdzono zmiany w obrębie *sella turcica*.

Obraz robił początkowo wrażenie paralizy wobec jednak ujemnego wyniku badań serologicznych i braku kiły w anamnezie a postępującej hemiparezy, zmian rentgenologicznych i obserwowanych na klinice bólów głowy rozpoznano *tum*or czołowy lewostronny.

b) Przyp. II. R. J. lat 34. Od dziedzińśtwa często zajęte gruczoły. Od trzech miesięcy cierpi na silne, napadowe bóle głowy w prawej okolicy czołowej, czasem zawroty głowy, nadto produkuje szereg skarg o typie neurastenicznym.

Objektywnie stwierdzono: parknizonowskie ustawienie ciała, skąpą, sztywną mimikę, mało współruchów przy chodzeniu. Wśród obserwacji klinicznej wystąpiły drobne przemijające drżenia całego ciała, zataczanie się przy chodzeniu, dodatni objaw Romberga, adiadochokineza, ataksja i drżenie po stronie lewej, po której też gorsza dolna gałązka nerwu twarzowego (różnica przy ruchach mimicznych większa jak przy dowolnych). Przy próbie Barany'ego prawa ręka wyżej ustawiona od lewej, zresztą bez zmian. Kalorycznie po obu stronach prawa reka nie zbacza, lewa zbacza prawidłowo, przy przepłukiwaniu zimną wodą prawego ucha brak padania i objawów ogolnych, po lewej stosunki normalne ale reakcje wogóle słabe. Ocena powyższych objawów napotyka na przeszkodę z powodu obwodowego zajęcia uszu *(otit. med. cat. chr. bilat. cum affec. nerv. cochlearis dextri)*. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało wzmożoną ilość białka, pleocytozę (limf. 71/3 leuk. 12,3). Tarcza zastoinowa. Zdjęcie rentgenologiczne: lekkie rozszerzenie rowków naczyniowych. Psychicznie: chory apatyczny nie ukazuje żadnego zainteresowania, nie stawia żądań. Odpowiada niechętnie pojedyńczemi słowami. Rodzina zauważyła ubytki pamięciowe dla spraw ostatnich, (kilkakrotnie pyta o to samo), przy objektywnem jednak badaniu nie stwierdza się wyraźniejszych zmian pamięci i inteligencji, uderza tylko brak zdecydowania, niechęć do zajęcia czynnego stanowiska i obojętność.

Ogólne objawy mózgowe przemawiają w tym przypadku za *guzem*. Bóle zlokalizowane w prawej okolicy czołowej, objawy atakt yczne, typ zmian psychicznych i objawy parkinzonowskie skłoniły nas do lokalizacji w prawym płacie czołowym z uciskiem na jądra podstawowe.

3. Kol. Fell demonstruje *zdjęcia rentgenowskie* chorej 22 letniej, u której wystąpiły w połączeniu z temperaturą podgorączkową, bólami między łopatkami oraz suchym, kurczowym kaszlem objawy dysfagiczne (bóle przy połykaniu, umiejscowione za mostkiem). Przedmiotowo stwierdził mówca u chorej: stłumienie Krämerowskie przy kręgosłupie na wysokości IV—VI kręgu piersiowego, spinalgię II i III kręgu piersiowego oraz dodatni objaw D'Espina do IX kręgu piersiowego. Na podstawie wywiadów i wyniku badania fizykalnego rozpoznał mówca obrzęk i powiększenie gruczołów w okolicy rozdwojenia tchawicy z uciskiem na przełyk i zwężeniem przełyku w tem miejscu. Do lokalizacji procesu dopomogła też mówcy obserwacja kaszlu suchego, konwulsyjnego przypominającego nieco kaszel przy krztuścu, gdyż Leichtenstern opierając się na bogatym materjale klinicznym i anatomopatologicznym wykazuje, że kaszel ten (przez niego *Krampfhusten* albo *Reizhusten* nazwany) ma swoje podłoże anatomiczne w zapaleniu tchawicy w miejscu rozdwojenia. Na przedstawionych zdjęciach rentgenowskich, wykonanych przez Kol. J. Goldschlaga widoczne jest przemieszczenie przełyku ku przodowi i na lewo na wysokości rozdwojenia, współosiowe zwężenie przełyku w tem miejscu oraz poza przemieszczoną partją przełyku jajowaty pakiet zserowaciałych, częściowo zwapniałych gruczołów śródpiersia, powodujących wyraźny wycisk tylnej ściany przełyku. Mimo samoistnego ustąpienia dysfagji obraz rentgenowski się nie zmienił. Mowca cytuje i omawia podobne przypadki z literatury. Nie rozstrzyga i nie może dać odpowiedzi na to, co było powodem krótkotrwałych trudności połykowych, czy skurcz, czy zwężenie mechaniczne przez ucisk z zewnątrz powiększonych gruczołów. W każdym razie przypadek ten przedstawia jako instruktywny, gdyż w przypadku tym wywiady zgadzają się w zupełności z wynikiem badania fizykalnego i rentgenowskiego.

W dyskusji Kol. Goldschlag uzupełnia, że w przedstawionym przypadku dysfagja wystąpiła z końcem trzeciego tygodnia płonicy.

Kol. Pisek zapytuje, czy prelegent stosował atropinę i papawerynę dla odróżnienia, czy w danym przypadku zwężenie przełyku było na tle skurczu czy ucisku.

Kol. Fell odpowiada, że stosował papawerynę z anestezyną bez skutku.

4. Kol. K. Szumowski wygłosił wykład p. t.. *Dalsze badania nad przewodnictwem ciepła wyrostków sutkowych (Próba Prof. Zalewskiego) w przypadkach prawidłowych i patologicznych.* (Rzecz przeznaczona do druku w Polskim Przeglądzie Otolaryngologicznym).

Próba przewodnictwa ciepła podana przez Prof. Zalewskiego oparta jest na spostrzeżeniu, że przewodnictwo ciepła w wyrostku sutkowym chorobowo zmienionym jest gorsze niż w normalnym. Wskaźnik przewodnictwa ciepła otrzymujemy, dzieląc czas ochładzania w odpowiedni sposób wyrostka sutkowego przez otrzymany spadek ciepłoty. Czas ochładzania wyrażony jest w minutach, spadek ciepłoty w dziesiętnych częściach stopnia. Ochładzanie wyrostka sutkowego przeprowadza się, przepuszczając przez przyrząd Leitera umocowany na wyrostku sutkowym wodę o ciepłocie 8° C ciepłotę mierzy się w przewodzie usznym zewnętrznym zapomocą specjalnego termometru usznego.

Prelegent omawia najpierw wyniki badań Zalewskiego, Dobrzańskiego i Dylewskiego, następnie przystępuje do przedstawienia swoich badań. Ogółem wykonał 75 prób Zalewskiego na 73 narządach słuchowych prawidłowych i zebrał 130 prób Zalewskiego na 79 narządach słuchowych patologicznych, tak, że ogólna ilość prób wynosi 205, a ogólna ilość narządów zbadanych 152. Przebieg każdej próby został przedstawiony w postaci wykresu graficznego, mianowicie na ramieniu poziomem został przedstawiony czas ochładzania, a na ramieniu pionowem spadek ciepłoty. Wszystkie badania zostały podzielone na trzy grupy: I — przypadki prawidłowe, II — przypadki zapalenia wyrostka sutkowego wyleczone bez operacji, i III — przypadki zapalenia wyrostka sutkowego operowane. W przebiegu próby Zalewskiego odróżnić można trzy okresy: okres początkowy, okres właściwego spadku ciepłoty i okres końcowy.

Po omówieniu szczegółowych wyników swych badań, które prawie w zupełności pokrywają się z wynikami badań Prof. Zalewskiego, prelegent omawia swoją propozycję skrócenia czasu wykonywania próby, mianowicie proponuje skrócić czas ochładzania do 15 lub 20 minut. Przez to skrócenie odpada okres trzeci próby i znacznie skraca się okres drugi, przez co granica normalna dla wskaźników przewodnictwa ciepła obniża się z 3.5 na 3.0. Wyniki otrzymane przy skróceniu próby zgadzają się zupełnie z wynikami otrzymanemi poprzednio we wszystkich badaniach. Przez skrócenie próby przewodnictwa ciepła próba zyskuje na praktyczności, staje się mniej uciążliwą dla chorego i lekarza, technika wykonania próby jest łatwiejsza i bardziej prosta, co umożliwić może stosowanie jej na szerszą skalę.

Wskaźniki przewodnictwa ciepła wykazują dużą rozpiętość pod względem swej wysokości. Zależy to w przypadkach prawidłowych od budowy i stopnia pneumatyzacji wyrostka sutkowego, a w przypadkach patologicznych oprócz tego od zmian zapalnych w wyrostku. Wykazały to jasno równocześnie przeprowadzone badania rentgenologiczne wyrostków sutkowych wykonane na 68 narządach słuchowych. Wyrostki sutkowe silnie pneumatyzowane wykazują znacznie lepsze przewodnictwo ciepła aniżeli wyrostki sutkowe sklerotyczne. Również wielkość wyrostka, grubość warstwy korowej i położenie zatoki esowatej wpływa w pewnym stopniu na przewodnictwo ciepła. Różnice otrzymane w poszczególnych badaniach w przypadkach prawidłowych nie przekraczają granicy normalnej. W przypadkach patologicznych wyniki zdjęć rentgenologicznych kilkakrotnie nieraz powtarzanych zawsze zgadzały się z wynikami próby przewodnictwa ciepła, w tym samym czasie powtarzanej.

Przy końcu swego wykładu prelegent omawia techniczne warunki dobrego wykonania próby przewodnictwa ciepła.

Dyskusja: Prof. Zalewski podnosi wartość skrócenia próby do 15 lub 20 minut ochładzania podaną przez kol. Szumowskiego.

Sekretarz doroczny: *Antoni Falkiewicz.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 20 stycznia 1931 r.

Obecnych członków T-wa 23, wprowadzonych gości 26.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 16 grudnia 1930 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes wygłosił krótkie przemówienie poświęcone pamięci zmarłego Sekretarza Stałego Towarzystwa, ś. p. prof. Bronisława Sawickiego. Zebrani uczcili pamięć Zmarłego dwuminutowem milczeniem.

3. Kol. Prezes oznajmia zarządzenia Zarządu, związane ze śmiercią Sekretarza Stałego (uchwała Zarządu z dnia 13 stycznia 1930 roku). Podaje również do wiadomości, iż celem uczczenia śp. prof. Bronisława Sawickiego, Towarzystwo lekarskie Warszawskie wspólnie z Wydziałem lekarskim U. W., Towarzystwami Lek. Chirurgicznemi oraz innemi, urządzi uroczystą Akademję w niedługim czasie.

4. Kol. Prezes wylicza depesze kondolencyjne nadesłane w związku ze zgonem Sekretarza Stałego oraz odczytuje list prof. A. Gluzińskiego.

5. Kol. Prezes odczytuje prośbę Koła Medyków o zainicjowanie składek na fundusz pożyczkowy imienia ś. p. prof. Br. Sawickiego, utworzony przy sekcji Pomocy Materjalnej K. M.

6. Kol. Prezes odczytuje tytuły prac nadesłanych do Towarzystwa.

7. Kol. M. Czyżewski wygłosił odczyt p. t. Lepkość krwi w chirurgji, ze szczególnem uwzględnieniem stanów pooperacyjnych (streszczenia własne).

Lepkość krwi ma szczególne znaczenie dla pracy serca i nerek, to jest tych narządów, z których czynnością wydzielniczą chirurg musi się liczyć na każdym kroku. Badanie lepkości krwi w chirurgji dostarcza bardzo cennych wskazówek rozpoznawczych, zwłaszcza jeśli chodzi o różne powikłania pooperacyjne lub stany ciężkiego zakażenia lub zatrucia (ostra niedrożność jelit) i ostre zapalenie otrzewnej, w których to stanach lepkość krwi jest znacznie wzmożona. W przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego badanie lepkości z jednej strony pozwala na dokładniejszą ocenę zmian anatomicznych (zajęcia otrzewnej), z drugiej zaś — na odróżnienie od innych stanów jak np. ciąża zewnątrzmaciczna.

Stany nadczynności tarczycy cechują się obniżeniem lepkości krwi, stany niedomogi — jej zwiększeniem, stąd badanie lepkości może być kontrolą w rozwijaniu się choroby Basedowa.

Wnioski swoje autor, wyprowadza na podstawie badań lepkości krwi, dokonanych w 125 przypadkach, z których sto — było leczonych operacyjnie.

8. Kol. S. Cytronberg wygłosił odczyt z serji: „Badań doświadczalnych nad czynnością wydzielniczą i chłonną jelita cienkiego", doniesienie IV. p. t.: Przebieg wchłaniania cukru gronowego i owocowego. (Patrz sprawozdanie z IV. Wydz. P. Akad. Umiejętności. P. G. lek. nr. 1. 1931. str. 16.).

Posiedzenie naukowo-wyborcze z dnia 27 stycznia 1931 roku.

Obecnych członków T-wa 113, wprowadzonych gości 59.

Część I.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 20 stycznia 1931 r. przyjęto.

2. Kol. M. Rytko, w zastępstwie Sekretarza Stałego, wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś. p. Ladislawie Syllabie, członku honorowym naszego Towarzystwa oraz o b. p. Maurycym Hertzu (streszczenie własne).

W dniu 30. XII. r. ub. zmarł niespodziewanie w Pradze Czeskiej prof. Ladislaw Syllaba.

Wybitny lekarz i uczony pracował i pisał dużo w dziedzinie hematologji, kardjologji oraz wiele nad rozwiązaniem problematu etjologji i patogenezy dusznicy bolesnej. Oprócz tego zajmował się neurologją i chorobami układu obwodowego. Wszystkie sprawy te ujmował szeroko z biologicznego punktu widzenia i chodziło mu nietylko o rozpoznanie, ale kładł znaczny nacisk i na stronę leczniczą.

Był przytem doskonałym nauczycielem i stworzył szkołę, z której wyszło dużo dzielnych pracowników. Nie ograniczał się on jednak tylko do działalności profesorskiej i naukowej, lecz dużo działał w okresie walk o odrodzenie swej ojczyzny.

To też liczne organizacje naukowe, społeczne i narodowe zaliczyły go w poczet swych członków zasłużonych, a rozmaite Tow. Naukowe powołały go na członka honorowego.

W uczczeniu tych jego licznych zasług w różnych dziedzinach Tow. Lek. War. w r. 1928 zaliczyło go w poczet swych członków honorowych.

Cześć jego pamięci!

W dniu 23 stycznia r. b. 1931 zmarł nagle w Krynicy członek naszego Towarzystwa Dr. Maurycy Hertz. Urodzony w styczniu 1872 r. ukończył Uniwersytet Warszawski w r. 1899. Początkowo pracował w szpitalu Ewangelickim w ciągu lat 5, następnie w ciągu lat 7, wyjeżdżał często do klinik zagranicznych, aby pogłębić swoją specjalność, oto-laryngologję, której się oddał z całem umiłowaniem.

W roku 1904 pracował na oddziale Dra Lublinera a od 1905—1908 był lekarzem ambulatoryjnym szpitala dla dzieci wyzn. mojżeszowego. Jako wybitny specjalista i zdolny lekarz cieszył się znacznem powodzeniem u licznej klienteli. W przedostatniej kadencji był członkiem Zarządu Izby Lekarskiej Warsz.-Białostockiej i przewodniczącym Komisji rejestracyjnej. Na tym posterunku cieszył się uznaniem pozostałych członków Zarządu dzięki swej gorliwej pracy oraz zaletom charakteru. Poza tem był wiceprezesem Zrzeszenia Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej. Członkiem koresp. Franc. Tow. oto-rino-laryngologicznego, członkiem Tow. chirurgów Francuskich, członkiem Zarządu Głównego Związku Lek. P. P. członkiem Komitetu redakcyjnego „Nowin społeczno-lekarskich". Ogłosił drukiem następujące prace: 1) Gruźlica dziąseł, 2) powikłania przy operacji wyrośli adenoidalnych, 3) przypadek ostrej gruźlicy gardzieli u 6-cioletniego chłopca, 4) sześć przypadków ciał obcych w drogach oddechowych.

Pamięci jego cześć!

3. Kol. J. Modrakowski wygłosił odczyt p. t. „Sztuczna kwasica i alkaloza jako czynniki lecznicze" (streszczenie własne).

Naogół odczyn istotny krwi — ph krwi tętniczej — 7,42, krwi żylnej 7,4, jest nadzwyczaj stały zarówno w warunkach fizjologicznych, jak i patologicznych. Na chorych obserwujemy znaczniejsze odchylenia ph prawie wyłącznie przed samą śmiercią, chociaż zasób zasadowy krwi w różnych stanach kwasicowych może obniżyć się bardzo znacznie. Natomiast możemy zapomocą czynników farmakologicznych z łatwością wywołać znaczne wahania odczynu istotnego krwi aż do ph — 7,2 w stronę kwaśną oraz 7,57 w stronę alkaliczną bez złych następstw dla ustroju. Okazało się jednak, że obniżenie ph n. p. po odpowiednich dawkach chlorku amonowego, największe w trzeci dzień, powoli się wyrównuje i, pomimo dalszego zażywania salmjaku, powraca do normy około ósmego dnia. Oczywiście zasób zasadowy krwi pozostaje niski, mamy więc stan kwasicy wyrównanej, tak często spotykany w patologji. W przeciągu pierwszych dwóch dni sztucznej kwasicy ustrój traci dużo sodu, potasu i wapna, a zwiększenie się wydzielania amonjaku w moczu pojawia się dopiero powoli i dochodzi na ósmy lub dziewiąty dzień do maksimum. W miarę przyjęcia zadania zobojętnienia kwasu przez amonjak, ustaje obracanie sodu i potasu na ten cel; jednak wapno w dalszym ciągu wydziela się w ilości zwiększonej. Powolne zwiększenie się amonjaku tłumaczy, dlaczego przy nagłej kwasicy sztucznej obniża się ph gwałtownie, natomiast przy powoli wytwarzającej się kwasicy patologicznej utrzymuje się mniej więcej w normie. Sztuczna kwasica pociąga za sobą fazę alkalotyczną.

Alkaloza po odpowiednich dawkach *natrium carbonicum* lub *citricum* również wykazuje drugą fazę w przeciwnym kierunku t. j. kwasicowym.

Sztuczna kwasica i alkaloza powodują cały szereg odczynów ze strony ustroju, dążących do utrzymywania ph na normalnym poziomie. Kwasica pobudza więc oddech, przyśpiesza krwiobieg

i wzmaga wydzielanie kwasów i amonjaku przez nerki, alkaloza działa przeciwnie. We krwi występuje w obu stanach szereg zmian antagonistycznych jak zmniejszenie zasobu zasad w kwasicy, zwiększenie w alkalozie. Nadto w kwasicy występuje: zgęszczenie krwi przy równomiernym wzroście albumin i globulin, wzrost liczby czerwonych ciałek i hemoglobiny, przyśpieszenie opadania krwinek, leukocytoza neutrofilna, wzrost wapnia i chloru, zmniejszenie fosforu, potasu i sodu, wzrost lipoidów oraz odsetka cukru. Alkaloza wywołuje rozcieńczenie krwi przy odsetkowem i absolutnem wzmożeniu fibrynogenu zmniejszenie liczby czerwonych ciałek krwi i w tym stosunku hemoglobiny, zwolnienie opadania krwinek, limfocytozę, obniżenie zawartości wapnia we krwi i t. d. Kwasica wywołuje odpływ wody z tkanek i w następstwie silną diurezę, alkaloza zaś zatrzymanie wody w tkankach. Kwasica podnieca najpierw sprawy zapalne, a dzięki następującej po niej fazie alkalotycznej działa gojąco; alkaloza podczas jej trwania obniża lub znosi zupełnie odczyny zapalne, przez następną zaś fazę kwasicową pogarsza je; kwasica wzmaga przepuszczalność opon mózgowo-rdzeniowych, alkaloza nie ma wyraźnego działania w tym kierunku. Kwasica znajduje liczne zastosowanie w różnych sprawach zapalnych, zwłaszcza otwartych, tak np. w pewnych przypadkach gruźlicy, zawodzi zaś w zapaleniu szpiku kostnego, w zamkniętych czyrakach i ropniach, natomiast w ranach źle gojących się powstaje zdrowa ziarnina. Alkaloza zwiększa sprawy wysiękowe, wilgotność ran, sprzyjając przez to rozwojowi drobnoustrojów; ma ona zato działać korzystnie w ogólnych zakażeniach *(sepsis)*, nastawiając ruch płynu w kierunku wysiękowym, co jakby przeciwdziała przedostawaniu się toksyn do krwi; na gruźlicę działa alkaloza ujemnie. Kwasica działa wybitnie diuretycznie, ewentualnie przy równoczesnem stosowaniu neptalu i oubainy; skąd wskazania w obrzękach sercowych i nerczycowych, w *pyelitis* i *cystitis* działa leczniczo dzięki zakwaszaniu moczu, w gośćcu stawowym działa nieraz korzystnie, głównie w pierwotnych przewlekłych postaciach z wysiękami stawowemi. Następnie działa dobrze w dychawicy oskrzelowej i wszystkich rodzajach tężyczki: stosowana w padaczce działa znakomicie przez pierwsze pięć do siedmiu dni, jednakże potem wskutek pojawienia się następnej fazy alkalicznej napady nasilają się; według nowszych autorów kwasica sztuczna ma działać bardzo korzystnie na porażenie postępowe. Leczymy obecnie zakwaszeniem, z widocznie dodatnim wynikiem, pierwszy przypadek *tabes dorsalis* w I klinice Uniw. Chor. Wewn.

Dla wywołania sztucznej kwasicy lub alkalozy podawane dawki muszą być odpowiednio duże: a mianowicie, dla alkalozy do 0,5 g dwuwęglanu lub cytrynianu sodu na 1 kilogram wagi pacjenta, dla kwasicy 0,2 do 0,5 g chlorku amonowego. Ponieważ roztwór salmjaku ma bardzo przykry smak, w proszkach zaś nie może być stosowany podjęła się firma „Motor" wyrobu tabletek zawierających chlorek amonu, które bardzo powoli i stopniowo oswobadzają ten związek w przewodzie pokarmowym.

Poza omówioną sztuczną kwasicą i alkalozą uzyskaną zapomocą odpowiednich dawek środków farmakologicznych, działających w jednym lub drugim kierunku, można wywołać tak zwaną gazową kwasicę przez wdychiwanie tlenu z dodatkiem 6—8% CO_2. Wdychiwanie tej mieszaniny usuwa natychmiast nadpobudliwość nerwów ruchomych przy tężyczce; przez swoje działanie na *sinus caroticus* oraz na ośrodki podnosi ciśnienie krwi i przyśpiesza krwiobieg, usuwa szybko z ustroju chloroform i eter i zapobiega zapaleniom płuc odoskrzelowym. Stosowanie wdychiwania CO_2 jest wybornym środkiem w zatruciach tlenkiem węgla.

Dlatego powyższa mieszanina gazowa będzie objęta nową farmakopeą polską.

Zapomocą usilnej wentylacji płuc, wskutek wydalania czynnika kwaśnego CO_2 z ustroju, u większości ludzi można wywołać alkalozę z objawami tężyczki, u chorych na padaczkę zaś — napad, co ma znaczenie rozpoznawcze. Poza tem regularne ćwiczenia oddechowe obniżają ciśnienie krwi w pewnych postaciach nadciśnienia związanych z nadwrażliwością ośrodka naczynioruchowego na CO_2.

(Powyższy wykład we formie rozszerzonej ukaże się w niedługim czasie w „Kosmosie" w tomie poświęconym pamięci Leona Popielskiego).

Część II.

4. Po sprawdzeniu *quorum* (do prawomocności wyborów konieczna jest obecność przynajmniej 77 członków Towarzystwa) przystąpiono do wyborów.

5. Na Sekretarza Stałego złożono głosów 108, Kol. Leon Babiński otrzymał 70 głosów, kol. Antoni Leśniowski 25, Łapiński 3, Orłowski 2, Dydyński, Sławiński, Paszkiewicz i Jakimiak po 1. Wobec powyższego Sekretarzem Stałym został obrany kol. Leon Babiński. Skrutatorzy kol. Pokrzewiński i Markert. Nieważnych 4 głosy.

6. Na Prezesa oddano 104 głosy. Kol. Witold Orłowski otrzymał 99 głosów, koledzy Antoni Leśniowski, Kazimierz Orzechowski oraz Ludwik Paszkiewicz po 1. Nieważnych 2 głosy. Prezesem Towarzystwa obrany został kol. Witold Orłowski. Skrutatorzy koledzy: J. Trzebiński oraz K. Dąbrowski.

7. Na Wiceprezesa oddano 104 głosy. Kol. Ludwik Paszkiewicz otrzymał 96 głosów, koledzy Jakimiak, Filiński, Orzechowski, K. Dąbrowski, K. Chodkowski W. Orłowski oraz W. Czarnocki otrzymali po 1 głosie. Złożono 1 kartkę pustą. Wiceprezesem obrano kol. Ludwika Paszkiewicza. Skrutatorzy koledzy T. Bartoszek i G. Pokorny.

8. Na Sekretarza Dorocznego oddano 99 głosów. Kol. Jan Roguski otrzymał 94 głosy, kol. K. Chodkowski 4, 1 kartkę złożono pustą. Sekretarzem Dorocznym został kol. Jan Roguski. Skrutatorzy kol. M. Grycewicz i kol. M. Petrynowski.

9. Na Zastępcę Sekretarza Dorocznego złożono 94 głosy. Kol. Karol Chodkowski otrzymał 92 głosy, pustych kartek złożono 2.

Zastępcą Sekretarza Dorocznego został obrany kol. Karol Chodkowski. Skrutatorzy: koleżanka J. Misiewicz i kol. S. Czarnota-Bojarski.

10. Na Członka Zarządu oddano 100 głosów. Kol. Włodzimierz Filiński otrzymał 76 głosów, kol. Zdz. Michalski 9, kol. K. Dąbrowski 3, Koledzy: Łapiński, Kryński, Bełkowski, Rytel i Sławiński po 1 głosie. Nieważnych 1 głos. Członkiem Zarządu obrany został kol. Włodzimierz Filiński, Skrutatorzy koledzy: W. Moczarski oraz St. Wąsowicz.

11. Na członków Komitetu Bibljotecznego złożono 101 kartek wyborczych, z których 1 pusta. Kol. Franciszek Giedroyć otrzymał 100 głosów, kol. Jan Bączkiewicz 100 głosów, kol. Ludwik Zembrzuski 98, Zdz. Michalski 2, A. Huszcza 1. Członkami Komitetu Bibljotecznego obrani zostali koledzy: Franciszek Giedroyć, Jan Bączkiewicz i Ludwik Zembrzuski. Skrutatorzy: koleżanka A. Wojnarowska i kol. A. Kaczyński.

12. Na członków Kasy Wsparcia złożono 61 kartek wyborczych z czego 5 pustych. Kol. Gruszczyński otrzymał 52 głosy, Łazarowicz 49, Szumlański 49, Krzyczkowski 52, Jasielewicz 10, Chodakowski 5. Wobec braku dostatecznej liczby głosów, wybory członków Kasy Wsparcia uznano za nieważne. Skrutatorzy: koleżanka J. Dąbrowska i kol. K. Gerner.

13. W głosowaniu na członków czynnych Towarzystwa złożono 6 kartek nieważnych. Doc. Marjan Grzybowski otrzymał 88 głosów za przyjęciem, 1 przeciw. Dr. Jastrzębski Wacław Leonard 88 głosów „za", 1 — przeciw. Profesor Aleksander Mańkowski 86 głosów za przyjęciem, 3 przeciw. Dr. Berdo Nadzieja 83 głosy „za" i 6 przeciw. Wobec powyższego wszyscy kandydaci na członków czynnych zostali przyjęci.

14. Kol. Prezes Orłowski oraz Sekretarz Stały L. Babiński wygłaszają krótkie przemówienia, dziękując za wybór.

Sekr. Dor. *Jan Roguski.* Prezes: *Witold Orłowski.*

Towarzystwo Patologów Polskich (Oddział Pozn.) i Wydział Lekarski Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Wspólne posiedzenie dnia 23. stycznia 1931 r.

Przewodniczący: Prof. S. Borowiecki.

Obecnych 58.

W tajnem głosowaniu zostają przyjęci jednogłośnie na członków Wydz. Lek. T. P. N. Dr. S. Bylina i Dr. S. Winter.

1) Dr. Szlichciński przedstawia chorego z rozpoznaniem: *pemphigus foliaceus.*

2) Dr. Barlik przedstawia dwa przypadki gruczolakoraków jelita ślepego, jeden typu rdzeniastego, drugi typu zwężającego.

3) Doc. Łabendziński przedstawia rentgenogram klatki piersiowej chorego na gruźlicę płuc z osobliwym obrazem zwłóknienia prawie całego obszaru obu płuc, poza zmianami naciekowemi. Niemożność znalezienia prątków Kocha u charłaczego chorego spowodowała wątpliwości rozpoznawcze. Zmiany anatomiczne płuc w tym przypadku omawia Dr. Barlik, który stwierdził starą gruźlicę jamisto-serowato-włóknistą górnych części obu płuc z dużemi zmianami pyliczemi. Dolne części płuc wykazują świeże zmiany typu *tbc. acino-nodosa.*

W dyskusji zabierają głos: Dr. T. Aikiewicz i Doc. Łabendziński.

4) Dr. Jan Alkiewicz przedstawia paznokieć, który makroskopowo i mikroskopowo wykazuje zmiany szponowatości *(onychogryphosis)*. Przypadek jest tem ciekawszy, że zmiany patologiczne są ograniczone tylko do jednej połowy (lewej), podczas gdy druga jest zupełnie niezmieniona. Różnica ta znajduje wyraz w obrazie histologicznym paznokcia na przekroju poprzecznym, gdyż w jednym obrazie widać obok siebie normalnie i patologicznie

zmienione łożysko paznokcia. W części drugiej referatu omawia referent dynamikę wzrostu normalnego paznokcia, przeciwstawiając ją mechanizmowi powstania patologicznie zmienionej płytki paznokciowej. (Streszczenie własne, referat ukaże się w „Przeglądzie Dermatologicznym").

5) Dr. S t o j a ł o w s k i omawia przypadek dwóch uchyłków nabytych pęcherza moczowego u mężczyzny lat 56. Powstanie ich tłumaczy ref. wzmożonem ciśnieniem wewnątrzpęcherzowem na tle przerostu gruczołu krokowego, przyczem zwraca uwagę na rolę uchyłków w powstawaniu ropnych zapaleń układu moczowego oraz na różniczkowe rozpoznawanie uchyłków nabytych i wrodzonych. (Streszczenie własne, referat ukaże się w „Polskim Przeglądzie Chirurgicznym").

W dyskusji zabierają głos: Dr. W i t k o w s k i i Prof. L. S k u b i s z e w s k i.

6) Dr. B a r l i k omawia: „Trzy przypadki pierwotnego raka wątroby z uwzględnieniem ich pochodzenia i sposobu rozwoju".

Po przedstawieniu poglądów panujących w obecnem piśmiennictwie w sprawie powstawania pierwotnych raków wątrobowych przechodzi referent do scharakteryzowania trzech własnych przypadków, sekcjonowanych w ubiegłym roku.

Przypadek 1) dotyczy mężczyzny lat 40. Wątroba waży 3500 g. Zajęta jest przez guzy różnej wielkości, guzy te są miękkie i mają budowę promienistą. Większe z nich wykazują w środku rozpad. Mikroskopowo składają się z chaotycznie ułożonych tworów gruczołowych, wyścielanych nabłonkiem cylindrycznym podobnym do nabłonka małych dróg żółciowych. Widać rozrost jego brodawkowaty w kierunku światła gruczołowego.

Przypadek 2) dotyczy mężczyzny lat 50. Wątroba waży 2750 g. Prawie cały miąższ jest zajęty przez konglomerat guzów, zlewających się ze sobą, zostawiających gdzieniegdzie wąskie pasemka tkanki wątrobowej. Guzy te są dosyć twarde, kolor ich jest szarożółty. W tymże przypadku stwierdzono przerzuty implantacyjne w najgłębszym fałdzie otrzewnym miednicy małej w postaci 3 guzków wielkości wiśni. Mikroskopowo widać, że opisane guzy składają się z komórek wielobocznych, z dużem jądrem, ułożonych bezładnie, jedna obok drugiej. W protoplaźmie można dostrzec kuleczki po wypłukanym tłuszczu oraz złogi żółci. Na granicy tkanki nowotworowej i wątrobowej widać wyraźne przejście komórek wątrobowych w nowotworowe. W przerzucie otrzewnym identyczny obraz histologiczny.

Przypadek 3) dotyczy mężczyzny lat 70. Wątroba waży 3200 g. Cały środek oraz prawie cały płat prawy zajęty jest przez czerwone masy krwotoczne na obwodzie więcej szare. Mikroskopowo widać, że komórki nowotworowe mają specjalne powinowactwo do układu krwionośnego. Mianowicie stwierdza się, że masy te zawierają w swem utkaniu dość duże jamy wypełnione krwinkami. Jamy te okazują się podczas bliszego oglądania jako rozszerzone naczynia żylne. Wskutek zbytniego rozszerzenia oraz działania niszczącego samego nowotworu dochodzi oczywiście do krwotoku, który już makroskopowo nadaje całej wątrobie wygląd czerwony.

Pochodzenie raków wątrobowych wyświetlają dwa poglądy teoretyczne. Jeden, to pogląd morfologiczno-strukturalny, który zalicza je na podstawie wyglądu mikroskopowego bądź do tak zwanych *hepatomata* bądź też do tak zwanych *cholangiomata*. Drugi, to pogląd embrjonalny, sprowadzający rozwój raków wątrobowych, jak i wogóle wszystkich nowotworów, do nieprawidłowego rozwoju odpryśniętych komórek zarodkowych.

Na tej podstawie zalicza referent przypadek 1) do t. zw. *cholangiomata*, przypadek 2) i 3) do t. zw. *hepatomata*. (Streszczenie własne).

7) Prof. K. P a n e k wygłasza referat: „O przesączalnej postaci prątka gruźliczego".

Zapomocą odpowiedniej metody chemicznej zdołał autor otrzymać z prątków gruźliczych swoisty składnik ciał bakteryjnych o charakterze kwasu proteinowego i stałym składzie chemicznym, nazwany tuberkulotenzyną.

Substancja owa zastrzyknięta w minimalnych ilościach w roztczynie wodnym zwierzętom zakażonym gruźlicą, powoduje odczyny podobne do tuberkulinowych, w postaci gorączki dłuższy lub krótszy czas się utrzymującej, zaostrzenia procesu chorobowego o charakterze zmian zapalnych, obrzmienia gruczołów limfatycznych i śledziony, oraz wzmożonego rozpadu ognisk gruźliczych. Objawów miejscowych, w szczególności odczynów skórnych tuberkulotenzyna nie wywołuje.

Badanie mikroskopowe narządów zmienionych pod działaniem tuberkulotenzyny nie wykazuje zwiększonej ilości prątków gruźliczych, natomiast uderza obfita ilość ziarniny gramododatniej, niekwasoopornej, nie barwiącej się met. Ziehla.

Zawiesinę sporządzoną z narządów tych świnek gruźliczych, padłych lub zabitych po zostosowaniu tuberkulotenzyny, przesączono przez filtry Chamberlanda L_2 i L_3 i szczepiono świnkom morskim wśródotrzewnie. Objawy stwierdzone po szczepieniu odpowiadają zmianom opisanym przez licznych autorów jako cechy zakażenia przesączalną postacią zarazka gruźliczego, a więc przemijająca gorączka, obrzmienie gruczołów limfatycznych itp., które to objawy po kilku dniach ustępowały, poczem świnki morskie nie zdradzały żadnych widocznych zmian chorobowych. Podczas obserwacji szczepionych zwierząt przez przeciąg przeszło 2 lat, padło względnie zostało zabitych, z 22 świnek morskich szczepionych przesączami, ogółem 12 świnek. Sekcja padłych zwierząt nie wykazała w pierwszych miesiącach zmian typowych dla gruźlicy, stwierdzono natomiast u zwierząt padłych po upływie 24—30 miesięcy (u 2 świnek morskich) zmiany gruźlicze w płucach i gruczołach limfatycznych.

Badanie mikroskopowe narządów wewnętrznych stwierdziło z pośród wspomnianych 12 świnek u 5 zwierząt typowe prątki Kocha w skąpej ilości głównie w gruczołach oskrzelowych. Szczepienie wtórne zawiesiny narządów zwierząt nie wykazujących obecności prątków Kocha, na szereg świnek morskich zdrowych, pozwoliło jeszcze w trzech przypadkach stwierdzić obecność prątków gruźliczych w drugim pasażu.

Zawiesinę roztartych narządów świnek morskich gruźliczych, szczepionych tuberkulotenzyną, przesączono przez świece Chamberlanda i Berkefelda i wysiewano na podłoża stałe i płynne, używane powszechnie dla hodowli prątków gruźliczych — z wynikiem początkowo ujemnym. Dopiero po użyciu pożywki Martina, z dodatkiem surowicy wołowej, zdołano uzyskać po 3—8 dniach hodowlę postaci przesączalnej prątka gruźliczego niemal w każdym przypadku. W otrzymanych hodowlach stwierdzano stale obecność drobnych tworów o typie dwoinek i krótkich łańcuszków gramododatnich dających się po pewnym czasie przeszczepiać na pożywki stałe, jak agar surowiczy, surowicę skrzepłą itp. Na podłożach tych wyrastają kolonje nader drobne, matowe, zlewające się często z sobą śluzowato. Ziarniaki te są nieruchome, zakwaszają podłoża z cukrem gronowym, nie ścinają mleka, nie tworzą indolu, żelatyny nie stapiają. Hodowane na pożywkach płynnych Besredki, ziarniaki owe przybierają po kilku lub kilkunastu dniach kształty o wymiarach większych, przypominających meningokoki i czwórniaki, obok których pojawiają się niejednokrotnie w dalszym ciągu nitkowate twory, barwiące się słabo błękitem metylenowym, gramoujemne. Te ostatnie wreszcie przemieniają się po pewnym czasie w krótkie laseczki mniej lub więcej intenzywnie czerwono według Ziehla się barwiące. Próby przesączania hodowli płynnych postaci ziarnistych przez świece Chamberlanda L_2 i L_3 oraz Berkefelda, dały wyniki pozytywne.

Próby szczepienia świnek morskich i królików zawiesiną hodowli ziarnistych dokonano na większej liczbie zwierząt. Zastrzykiwano stosunkowo duże dawki odnośnych hodowli już to podskórnie i wśródotrzewnie, już też wśródżylnie względnie do serca; od końca roku 1927 zaszczepiono ogółem 78 świnek morskich poddając je stałej obserwacji. Wyniki szczepień były następujące:

1) padło w 2—7 dni po szczepieniu wśród objawów podwyższenia ciepłoty i następowego zapadu 13 zwierząt. Na sekcji ani prątków ani zmian gruźliczych nie stwierdzono.

2) padło ewent. zabito w 3—6 miesięcy po szczepieniu 12 zwierząt, z tej liczby stwierdzono mikroskopowo u 9-ciu prątki kwasooporne, zaś u 3-ch zmiany gruźlicze.

3) padło wzgl. zabito od 7—30 miesięcy po szczepieniu 23 świnek morskich, z tego u 18 stwierdzono prątki kwasooporne, a w 14 wypadkach zmiany gruźlicze w narządach wewnętrznych.

4) z 11-tu padłych świnek morskich, u których ani prątków ani zmian gruźliczych nie stwierdzono, zdołano w 6-ciu przypadkach zakazić zawiesiną narządów zdrowe świnki, u których po sekcji stwierdzono prątki Kocha, a w dalszych pasażach rozległe zmiany gruźlicze. U reszty (5 zwierząt) wynik był ujemny.

5) w okresie od 6—30 miesięcy po szczepieniu formą ziarnistą padło 6 świnek morskich wśród objawów ogólnej kacheksji. Mimo ogólnego wychudnięcia, ani zmian chorobowych gruźliczych, ani prątków kwasoopornych podczas sekcji nie stwierdzono, jak również w dalszych pasażach.

6) z pozostałych świnek morskich, zaszczepionych hodowlą przesączalnej postaci prątka gruźliczego, żyją dotychczas 24. Po pierwszych objawach zakażenia świnki w niedługim czasie wracają do normy i przybierają na wadze, nie okazując żadnych objawów schorzenia. Po kilku lub kilkunastu miesiącach jednak pewna część zwierząt wykazuje nietylko zahamowanie wzrostu, lecz stopniowy spadek wagi, doprowadzający w ciągu kilku tygodni do wychudnięcia i śmierci. Sekcja takich zwierząt ujawnia zazwyczaj mniej lub więcej wybitne zmiany gruźlicze z obecnością typowych prątków Kocha. Zmiany anat.-patologiczne różnią się od klasycznej postaci gruźlicy, spotykanej zwykle u świnek morskich, odpowiadając raczej przewlekłej sklerotycznej postaci gruźlicy. Szcze-

gólniej wybitne zmiany sklerotyczne stwierdza się w gruczołach limfatycznych. Również w miąższu powiększonej śledziony, wątrobie i w płucach zauważa się niejednokrotnie silne bujanie tkanki łącznej, nadające zwłaszcza wątrobie, charakterystyczny wygląd marski o nierównej, pofałdowanej powierzchni.

Wystąpienie zmian chorobowych u zwierząt szczepionych przesączalną postacią zarazka gruźliczego zależy: 1) od ilości wprowadzonego zarazka, 2) od pierwotnej zjadliwości prątka gruźliczego, z którego hodowlę przesączalnej postaci otrzymano, 3) od miejsca szczepienia, 4) od czasu jaki upłynął od daty szczepienia, a wreszcie 5) od indywidualnej wrażliwości zwierzęcia. (Streszczenie własne).

Sekretarz Wydz. Lek. T. P. N.: *F. Łabendziński.*
Sekretarz Tow. Pat. P. (Oddział Poznański): *J. Zeyland.*

Towarzystwo lekarzy szkolnych.

Protokół posiedzenia z dnia 17 października 1930 roku.

Przewodniczący: Dr. Karol Mitkiewicz. — Sekretarz: Dr. Jurjewiczówna. — Osób obecnych 43.

Po odczytaniu protokółu zeszłego zebrania, Przewodniczący omawia świeżo wydany staraniem Polskiego Tow. Eugenicznego podręcznik „Higjena Rozrodu ludzkiego" — Grotjana, w tłumaczeniu na język polski. — Książka jest wartościowa i powinni zainteresować się nią lekarze szkolni i nauczycielstwo, — nadaje się do szkolnych bibljotek nauczycielskich, — cena wynosi zł 20. — przy zamawianiu większej ilości egzemplarzy — zł 18.

Również polecenia godną, zarówno dla nauczyciela, jak dla lekarza szkolnego, jest praca dra Mikulskiego „Badania psychologiczne w szkole średniej", która niedawno ukazała się w druku i kosztuje 5 zł.

Następnie Dr. Piotrowska wygłasza referat p. t. *„Psychologja indywidualna Adlera, a higjena szkolna".*

We wstępie prelegentka zaznacza różnicę między psychologją klasyczną, a psychologją indywidualną Alfreda Adlera. Pierwsza może być nazwana atomistyczną i statyczną, w przeciwieństwie do psychologji indywidualnej, która jest syntetyczną i dynamiczną. — Osobowość, jednostka ludzka, są ujmowane przez nią jako nierozdzielna jedność psycho-fizjologiczna, ściśle związana ze swem środowiskiem. Takie ujęcie jest ujęciem syntetycznem. Psychologja indywidualna wyśledza ruch psychiczny, który tworzy osobowość z popędów wrodzonych niemowlęciu w zetknięciu z określonem środowiskiem, — w tem tkwi dynamizm ujęcia zagadnienia osobowości.

Po tym wstępie kreśli prelegentka tworzenie się *psyche* dziecięcej z wrodzonych popędów. — *Psyche* nasza jest organem duchowym, mającym na celu zabezpieczenie trwania osobnika. Wszystkie jej przejawy są celowe, i zrozumieć je można jedynie w związku z ich celem. Celem wszelkiej nadbudowy psychicznej, wyrastającej na podłożu organizmu ludzkiego, a więc i wszystkich cech, składających się na określoną indywidualność, — jest konieczność, pęd do pozbycia się podświadomego, a nader przykrego poczucia swej małowartościowości, zagrożenia, wobec nieprzystosowania niemowlęcia i dziecka, jako organizmu i psychiki, do środowiska, w którem ma żyć. — Ten pęd stanowi podatność dziecka na wpływy wychowawcze. Dziecko konkretyzuje swe podświadome dążenie do bezpieczeństwa, przewagi nad otoczeniem, pewności trwania i przetrwania w osobie obdarzonej największą władzą i autorytetem ze swego otoczenia. Owo skonkretyzowane dążenie podświadome dziecka Adler odnajduje w marzeniach dziecięcych na jawie, w snach, w zabawach dziecięcych. Pęd, który stwarza ten ruch, jest wrodzonym nam popędem do zabezpieczenia się, do przewagi, samoutwierdzenia się, — nazwać go można „wolą mocy" — poczuciem godności. Obok niego również istnieje wrodzony w niemowlęctwie popęd społeczny konieczny dla istot tak słabo uzbrojonych do walki o byt, jakiemi są ludzie, i skazanych na zrzeszanie się dla istnienia. Równowaga tych dwuch zasadniczych popędów jest warunkiem harmonijnego rozwoju psychicznego. Naruszenie tej równowagi jest podłożem nerwowości i wszystkich odchyleń od normy, zaczynając od tak zwanej nerwowości dzieci, — poprzez neuropatję, szereg funkcjonalnych nerwic, wad dziecięcych, — aż do *moral insanity* i przestępczości dzieci. Równowaga obu zasadniczych popędów określa postawę życiową dziecka. Postawa ta, podłoże późniejszego normalnego rozwoju psychicznego i organicznego, — kształtuje się do 5—6 roku życia, według Adlera, i pozostaje niezmienną w latach późniejszych, o ile czynnie nie wkroczy psycholog-wychowawca lub lekarz z wykształceniem psychologicznem. — Zbyt długotrwałe i wzmożone poczucie słabości, niepewności, nasila nadmiernie „wolę mocy" kosztem popędu społecznego, wywołuje w nadbudowie psychicznej, tworzącej osobowość, szereg cech i rysów, odbierających jej pewność i przewagę nad otoczeniem. Tak powstaje postawa życiowa nieufna, trwożliwa, agresywna, z dominowaniem cech egoistycznych, podłoże nerwowości, nerwica, psychoza. Proces ten nadbudowy psychicznej nazywa Adler nadkompensacją. Nadkompensacja ma miejsce wówczas, gdy trzeba zrównoważyć poczucie swej podświadomie odczuwanej małowartościowości. Wymaga ona od dziecka większego nasilenia i większej pracy psychicznej, — przeciwstawia się normalnie powstającemu w *psyche* procesowi kompensacji, jako zrównoważeniu niezbyt nasilonego poczucia małowartościowości. Warunkami powstawania wadliwej postawy życiowej są: — upośledzenia organiczne dziecka i wadliwe środowisko wychowawcze, — przyczem równie szkodliwe jest rozpieszczanie, jak i zaniedbanie dziecka. Wychowanie przedszkolne dziecka tak często jest wadliwem, że wielka ilość dzieci ma ową wadliwą postawę życiową. Zadaniem szkoły wychowawczem jest skorygowanie jej przez normalniejszy układ życia dziecka i ustosunkowania się doń wychowawców. Tu rozpoczyna się nader ważna czynność lekarza szkolnego w współpracy ze szkołą. Wadliwa bowiem postawa dziecka, nadmierne naprężenie psychiczne, — ujawnia się bardzo często wcześniej lekarzowi, jako odchylenia od normy w dziedzinie funkcjonalnej i somatycznej organizmu. Lekarz jest powoływanym do zrozumienia wadliwości środowiska wychowawczego i do interwencji czynnej wobec rodziców i wychowawców. Podołać temu zadaniu potrafi najlepiej lekarz pedjatra z wykształceniem psychologicznem w myśl Adlera. Współpraca jego z wykształconem psychologicznie nauczycielstwem będzie profilaktyką nerwowości, — pozwoli wychować młode pokolenie z przewagą w psychice popędów społecznych, — wychować pokolenie radosne dla życia i społeczności.

W dyskusji zabierali głos:

Dr. Goździcki uważa, że nie należy obowiązków wychowawczych składać jedynie na lekarza szkolnego, jak tego chce referentka, — powątpiewa również, aby poczucie „małej wartościowości życiowej" prowadziło u dziecka do tworzenia wybujałych ideałów.

Prof. Radziwanowicz jest zdania, że lekarz szkolny powinien być psychologiem, a przez to samo wychowawcą, — zwraca jednak uwagę, że w dziedzinie organizacji sprawa ta napotyka na poważne trudności.

Dr. Narkiewicz wolałby, ażeby lekarz szkolny był psychjatrą, — protestuje przeciwko poglądowi referentki, że lekarz przez przepisywanie dziecku nerwowemu leków, wzmaga jego stany nerwicowe, — gdyż równocześnie lekarz wnika w warunki domowe dziecka i poucza opiekę domową o sposobach postępowania z niem.

Dr. Sokal zapytuje, w jaki sposób Adler, generalizując pochodzenie nerwicy u dzieci, godzi swe poglądy z teorjami Kretschmera o typach.

Dr. Łuniewska stwierdza dobre wyniki ze współpracy swej z psychologiem szkolnym, który nie jest lekarzem.

Dr. Mikulski podkreśla ważną rolę poradni wychowawczych, które znakomicie ułatwiają pracę lekarza szkolnego.

Prelegentka podtrzymuje swój pogląd, że lekarze naogół za mało wkraczają w nastawienie życiowe dziecka, — powinni oni odkryć i wskazać rodzicom błędy w psychice dziecka, i w porę skierować je do poradni psychologicznej; — również podtrzymuje swe wymagania, by pedjatra miał wychowanie psychologiczne i umiał wiązać wady somatyczne z procesami psychogenetycznemi.

Zarząd Związku Przeciwwenerycznego.

Protokół posiedzenia z dnia 30. stycznia 1931 r.

Obecni: Prof. Franciszek Krzyształowicz, Dr. Jan Adamski, Doc. Dr. Gustaw Szulc, Dr. Henryk Szczodrowski, Dr. Leon Wernic, Dr. Jerzy Reise, Dr. Wiktor Borkowski.

1) Przyjęto protokół posiedzenia z dnia 19 grudnia 1930 r.

2) Dr. Wiktor Borkowski zdał sprawę z delegacji do Łodzi, Białegostoku, Lwowa i Województwa Stanisławowskiego.

3) W związku ze sprawozdaniem Dr. Borkowskiego uchwalono zaopinjować przychylnie jego wniosek o masowe przebadanie serologiczne ludności zamieszkującej dolinę Bystrzycy i Prutu (Huculszczyzna).

4) Uchwalono zwrócić się do artystów polskich o zgłoszenie projektów na godło międzynar. Związku Przeciwwenerycznego.

5) Uchwalono zwrócić się do Departamentu Służby Zdrowia z prośbą o nadesłanie danych statystycznych tyczących rozpowszechnienia kiły i porażenia postępującego w okresie przed i powojennym.

6) Uchwalono przyjąć do Związku Przeciwwenerycznego w charakterze członka Magistrat miasta Baranowicze.

(—) *Dr. W. Borkowski.* (—) *Prof. Fr. Krzyształowicz.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

W czasie od 1. XII. do 8. XII. u. r. odbył się pod kierunkiem płk. Dr. W. Zawadowskiego w Oddziale Radjologicznym Centrum Wyszkolenia Sanitarnego (Szpital Ujazdowski) kurs dokształcający z zakresu techniki i nowoczesnej aparatury radjologicznej dla kierowników pracowni radjologicznych szpitali wojskowych przy uczestnictwie kilku kolegów z poza wojska. Program kursu zawierał następujące wykłady: 1. Dr. W. Zawadowski: O lampach próżniowych diagnostycznych i terapeutycznych. 2. Inż. T. Skrzywan: O wentylach próżniowych i ich warunkach pracy w przyrządach diagnostycznych i terapeutycznych. 3. Inż. T. Skrzywan: O budowie transformatorów i regulacji napięcia prądu. 4. Inż. T. Skrzywan: O budowie przyrządów rentgenowskich diagnostycznych najnowszych typów. 5. Inż. T. Skrzywan: Przyrząd terapeutyczny „Tension constante", szemat, konstrukcja, obsługa, pancerz ochronny, o lampie do zanurzenia w oliwie, o zmianie oliwy i t. p. 6. Inż. Kruze: Stabiliwolt, szemat, konstrukcja, obsługa. 7. Dr. W. Zawadowski: O dawkomierzu Solomona i dozymetrji. 8. Dr. W. Zawadowski: O obsłudze i konserwacji aparatów 9. Inż. Kokoczyński: O drobnych zaburzeniach w czynności aparatów amerykańskich i ich naprawie. 10. Inż. T. Skrzywan: O drobnych zaburzeniach w czynności aparatów wyrobu Gaiffe-Gallot et Pilon. 11. Inż. T. Skrzywan. O lampie kwarcowej, jej funkcjonowaniu, zużywalności palników i t. p. 12. Inż. Kokoczyński: O przyrządach do diatermji, konstrukcja i funkcjonowanie, konserwacja i naprawa. 13. Inż. Kokoczyński: O instrumentach pomiarowych napięcia, ich konserwacji i sprawdzaniu. O pomiarach wysokiego napięcia. 14. Dr. W. Zawadowski: O środkach ochronnych przeciw promieniom i przed wysokiem napięciem. O przechowywaniu błon. 15. Dr. W. Zawadowski: O ogólnej organizacji pracowni radjologicznych. 16. Dr. W. Zawadowski: Ćwiczenia w cechowaniu lamp praktycznych. — W godzinach popołudniowych odbywały się ćwiczenia praktyczne w Warsztatach Zaopatrzenia Sanitarnego oraz pokazy aparatów.

Kurs fotograficzny dla pomocnic radjologicznych. W ramach programu szkolenia pomocnic radjologicznych oddziału radjologicznego szpitala instrukcyjnego (Ujazdowskiego) i z udziałem personelu pomocniczego pracowni radjologicznych szpitali miejskich odbył się w czasie od 1-go do 13-go października 1930 r. kurs fotografji, złożony z serji wykładów i ćwiczeń praktycznych. Kurs ten został zorganizowany przez firmę „Kodak" i odbywał się w pomieszczeniach tej firmy. Wykłady prowadzili inż. Dederko i p. Eberhardt. Celem kursu było zaznajomienie pomocnic radjologicznych z zasadami fotografji naukowej w zastosowaniu do potrzeb medycyny oraz ćwiczenia praktyczne w wykonywaniu zdjęć fotograficznych, kopjowaniu, powiększaniu i pomniejszaniu, wykonywanie przeźroczy i t. p. Wszelkich materjałów do ćwiczeń dostarczyła bezpłatnie firma Kodak.

Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne. Posiedzenie naukowe Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego odbyło się w czwartek dn. 26 marca b. r. o godz. 8-ej wiecz. w Zakładzie Leczniczym Dr. Czarneckiego, Zgoda 8. Porządek dzienny: 1. Demonstracja chorych. 2. Odczytanie protokółu poprzedniego posiedzenia. 3. Dalszy ciąg dyskusji nad odczytem Dr. Srebrnego. 4. Komunikaty Zarządu. 5. Wolne wnioski.

Spółdzielczy Bank Lekarzy, Spółdzielnia z ogr. odp. w Warszawie, ogłosiła pierwsze sprawozdanie za okres od dnia otwarcia, 3 listopada do 31 grudnia 1930 r. Z końcem okresu wymienionego instytucja miała 274 członków z zadeklarowanemi udziałami, w ilości 470, po 100 Zł. Bank wszedł w bliższy kontakt z Bankiem Związku Spółek Zarobkowych, w którym lokował wolną gotówkę na 5% w stosunku rocznym i w Banku tym miał zapewniony kredyt redyskontowy. Pożyczki udzielono 12 członkom, z czego sześciu po 2.000 Zł. Pożyczki udzielane są przedewszystkiem na cele produktywne. Bank należy do Związku Spółdzielni polskich i podlega też kontroli tego Związku. Poza sprawami bieżącemi: przyjmowaniem nowych członków i udzielaniem pożyczek. Zarząd, dążąc do należytego rozwoju i odpowiedniego pełnienia zadań powołanej do życia zawodowej placówki kredytowej: 1. rozesłał do kolegów-lekarzy w całem Państwie zaproszenia o przyjęcie roli korespondentów Banku na miejscach, 2. zwrócił się do instytucji lekarskich i poszczególnych lekarzy z odezwą o zasilanie kapitału obrotowego Banku wkładami tych instytucyj, 3. nawiązał stosunki z poważniejszemi firmami fabrycznemi narzędzi i urządzeń chirurgicznych oraz zakładami elektrotechnicznemi w celu ułatwienia członkom Banku nabywania potrzebnych im urządzeń z bezpośredniego źródła, wystosował w tej sprawie list do Zarządu Głównego Związku Lekarzy P. P. i przy każdej okazji podaje o tem do wiadomości osób zainteresowanych z nadmienieniem, że przy tego rodzaju transakcjach zaopatrywania lekarskiego Banku liczyć będzie stopę procentową Banku Polskiego, 4. propaguje ideę przezorności w formie oprocentowanych wkładów oszczędnościowych, oraz 5. organizację Związku Ubezpieczeniowego Lekarzy przy Izbach Lekarskich, jak również sprawę Związku Ubezpieczeniowego Kas Pogrzebowych Lekarzy, i wreszcie 6. w myśl uchwały Walnego Zgromadzenia uzyskał aprobatę Sądu Okręgowego w Warszawie (Wydział Rejestracji Firm), dotyczącą zmiany § 4 statutu Banku w sprawie procentowego powiększenia członków innych zawodów z 5-ciu do 20% ogólnej liczby.

Kraków.

Na dorocznem Walnem Zebraniu Krakowskiego Towarzystwa Neurologicznego, które się odbyło w lutym b. r., został wybrany nowy zarząd Towarzystwa w następującym składzie: prezesem został Doc. Dr. Artwiński, wiceprezesem — Dyr. Dr. Stryjeński, sekretarzem naukowym — Dr. Chłopicki, sekretarzem administracyjnym — Dr. Godłowski, skarbnikiem — Dr. Gradziński. Do Komisji rewizyjnej wybrano Dr. Blasberga i Dra Medyńskiego.

Dnia 7. III. odbyła się w Towarzystwie lekarskiem uroczystość nadania zaszczytnego tytułu członka honorowego długoletniemu i zasłużonemu prezesowi Twa prof. Dr. Józefowi Latkowskiemu. Z tej okazji Towarzystwo wydało w swoich salach bankiet, który zgromadził kilkadziesiąt osób ze świata naukowego i lekarskiego naszego miasta. Podczas bankietu wygłoszono szereg toastów, a mianowicie zabierali głos, podnosząc zasługi prof. Latkowskiego na polu naukowem i organizacyjno-społecznem, obecny prezes Twa prof. Dr. Walter, prof. Dr. Wachholz, prof. Dr. Klecki, doc. Dr. Siedlecki, oraz dyr. Dr. Topolnicki. W toastach tych podnoszono także z uznaniem i podzięką udział w organizowaniu życia towarzyskiego w Tow. lekarskiem p. prof. Latkowskiej. W odpowiedzi przemawiał prof. Latkowski na temat postępów wiedzy lekarskiej i przyrodniczej. Wśród miłego i serdecznego nastroju uroczystość, urozmaicona produkcjami muzyczno-wokalnemi przeciągnęła się do późnej nocy.

Pomnik Sebastjana Petrycego odrestaurowany. Prezes Krakowskiego Towarzystwa Miłośników Historji Medycyny prof. Szumowski na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego przedstawił krótkie sprawozdanie z prac około restauracji pomników z dziejów medycyny krakowskiej. Najważniejszym czynem Towarzystwa było odnowienie pomnika Sebastjana Petrycego, zasłużonego lekarza i filozofa polskiego, profesora medycyny na Uniw. Jagiel. z XVII wieku. Pomnik ten, który Petrycy sam sobie wystawił, znajdował się w gruzach w kruchcie krakowskiego kościoła OO. Franciszkanów. Krakowskie Towarzystwo Miłośników Historji Medycyny zajęło się odnowieniem tego pomnika, wyasygnowało część potrzebnych na ten cel funduszów, pociągając swym przykładem inne instytucje tak, iż dzisiaj w kruchcie kościoła OO. Franciszkanów oglądać możemy pomnik Petrycego pięknie odrestaurowany.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo pomocy dla wdów i sierót po lekarzach składa serdeczne podziękowanie Panom Lekarzom Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie za ofiarowanie na cele Towarzystwa kwoty 510 Zł, jako czystego zysku, z urządzonego wieczoru tanecznego: niemniej dziękuje Członkom Rady Izby Lekarskiej Lwowskiej za kwotę 350 Zł, złożoną na cele Towarzystwa, przy sposobności Zebrania Rady. Również dziękuje przewodniczącemu Obwodu drohobyckiego Związku Lekarzy P. P. Dr. Baranowskiemu z Drohobycza i Dr. Gorczyńskiemu z Borysławia za ofiarowanie 220 Zł. jako czystego dochodu z balu przez nich urządzonego na cele Towarzystwa. Pani Cieńciałowa złożyła 10 Zł, zaś D-rowie Majewscy 20 Zł na cele Towarzystwa zamiast kwiatów na trumnę ś. p. Józefa Węglowskiego, za co też Towarzystwo składa Im szczere podziękowanie.

Przypomnienie w sprawie regularnego wpłacania rat na poczet zaległości izbowych i kas ubezpieczeniowych. Zarząd Izby lek. lwowskiej przypomina tym kolegom, którym rozłożono na raty miesięczne znaczniejsze zaległości izbowe i w kasach ubezpieczeniowych, aby je wpłacali regularnie, gdyż w przeciwnym razie, w myśl treści pism indywidualnych, Zarząd będzie zmuszony cofnąć zarówno obniżenie należytości, wyjątkowo przyznane niektórym członkom Izby, jak niemniej pozwolenie na spłacanie ich ratami.

Nowy regulamin Kasy Ubezpieczeniowej chorych lekarzy (Kucila), zawierający zmiany i podwyższenie świadczeń, uchwalone na posiedzeniu Rady Izby w roku ubiegłym, po definitywnem zatwierdzeniu zmian przez Naczelną Izbę lekarską, został już wydrukowany i będzie rozesłany członkom Izby w czasie najkrótszym.

Wysokość opłaty Izbowej na rok 1931 pozostaje, według uchwały Rady Izby Lekarskiej z dnia 22. lutego b. r., ta sama, co w roku poprzednim. Wynosi ono 25 Zł i może być płatna w dwóch równych ratach półrocznych.

Łódź.

Łódzkie Towarzystwo Zwalczania Raka rozwinęło w ciągu roku 1929 bardzo żywą działalność, jak to wynika ze sprawozdania, które redakcja otrzymała w postaci przejrzyście zestawionej broszurki. Działalność ta szła w kierunku propagandy wczesnego rozpoznawania i współpracy z organizacjami społecznemi i lekarskiemi. Towarzystwo utrzymuje Instytut Leczenia Radem, który mógł zwiększyć swój zakres działania, dzięki dokupieniu 50 mg radu. Zgłosiło się do Instytutu 273 osób, którym udzielono 2020 porad. Nowotwory złośliwe rozpoznano u 193 osób, zaś leczono 127. Z cyfry tej leczono wyłącznie radem 53 chorych, wyłącznie promieniami X 53 chorych, zaś u 21 stosowano obie te metody radjoterapeutyczne równocześnie. Tymczasowe wyniki leczenia określić należy, jako zadawalniające, gdyż z cyfry 127 leczonych z końcem roku żyło 100 osób. Szczególnie dobre wyniki otrzymano w przypadkach raka macicy, piersi i w rakach skórnych.

Z kraju.

Konkurs. Kasa Chorych m. Łodzi niniejszem ogłasza konkurs na 3-ch lekarzy rentgenologów do działu diagnostycznego i jednego do działu głębokiej terapji. Wymagane są następujące kwalifikacje: 1) Obywatelstwo Polskie. 2) Dyplom lekarski i prawo wykonywania praktyki lekarskiej. 3) Świadectwo specjalizacji. 4) 3 lata pracy w dziale rentgenologji (Minimum). Wynagrodzenie według umowy. Świadectwo wraz z curriculum vitae należy kierować na ręce Naczelnego Lekarza pod adresem Kasy Chorych m. Łodzi ul. Wólczańska 225, do dnia 15. XII. 1931 roku.

Plan rozmieszczenia Kas chorych, według rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29. XI. 1930 nakazuje w art. 1. rozdziału I., aby Okręg Kasy chorych, działającej na podstawie ustawy z dnia 19 marca 1920, obejmował najmniej dziesięć tysięcy ubezpieczonych, zaś w województwach wschodnich nie mniej, jak pięć tysięcy. Kasy małe znikną, jako samodzielne jednostki administracyjne. Plan rozmieszczenia tych Kas na terenie trzech województw, tworzących teren Izby Lekarskiej lwowskiej, przedstawia się następująco:

I. Województwo lwowskie: Rzeszów (Rzeszów, Kolbuszowa, Łańcut, Tarnobrzeg, Strzyżów, Przeworsk). Krosno (Krosno, Sanok, Brzozów, Lisko). Przemyśl (Przemyśl, Mościska, Jarosław, Cieszanów). Lwów-miasto i powiat, (Bóbrka, Gródek Jagielloński, Jaworów, Żółkiew, Rawa Ruska, Sokal, Sambor, Drohobycz i Stary Sambor).

II. Wojewodztwo stanisławowskie: Stryj (Stryj, Kałusz, Dolina, Skole, Rohatyn, Turka). Stanisławów (Stanisławów, Tłumacz, Nadwórna). Kołomyja (Kołomyja, Horodenka, Śniatyn, Kuty).

III. Województwo tarnopolskie: Tarnopol (Tarnopol, Zbaraż, Skałat, Trembowla, Podhajce, Brzeżany). Czortków (Czortków, Kopyczyńce, Zaleszczyki, Buczacz). Złoczów lub Brody (Złoczów, Brody, Kamionka Strumiłowa).

Opłaty za lekarstwa w Kasach chorych. Na posiedzeniu Komisji sejmowej ochrony pracy, przedstawiciel Ministerstwa pracy i opieki społecznej zapowiedział, że rząd wnosi projekt noweli do ustawy o Kasach chorych. Nowela ta będzie zawierać, między innemi, postanowienie, że ubezpieczeni w Kasach chorych będą płacić za lekarstwa pobierane, które obecnie, jak wiadomo, otrzymują bezpłatnie.

Zmiany terytorjalne Okręgowych Związków Kas chorych. Główny Urząd Ubezpieczeń przesłał w dniu 2 stycznia b. r. do okręgowych urzędów ubezpieczeń w Warszawie Lwowie i Poznaniu okólnik, z którego część, dotyczącą zmian terytorjalnych, podajemy w odpisie: Przy zmianie statutów Okręgowych Związków Kas Chorych, przeprowadzonej celem dostosowania przepisów tych statutów do postanowień art. 46 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 29 listopada 1930 r. (Dz. U. R. P. Nr. 81, poz. 635) uległ zarazem zmianie terytorjalny zakres działania poszczególnych Okręgowych Związków Kas Chorych w taki sposób, aby ich okręgi nie wychodziły poza granice Okręgowych Związków Kas Chorych, obejmując od dnia 1 stycznia 1931 roku niżej podane województwa i powiaty: A. 1. Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie obejmuje Kasy Chorych, działające w województwach: warszawskiem (24), białostockiem (13), wileńskiem (9), nowogródzkiem (7), poleskiem (10), wołyńskiem (6), oraz z województwa lubelskiego Kas Chorych 11, działających w powiatach: Węgrów, Sokołów, Siedlce, Konstantynów, Garwolin, Łuków, Radzyń, Biała Podlaska, Puławy, Lubartów, Włodawa, z województwa łódzkiego powiatów 11 (Słupca, Konin, Koło, Kalisz, Turek, Łęczyca, Sieradz, Łask, Łódź, Brzeziny i Piotrków) i z województwa kieleckiego 4 powiaty, Końskie, Opoczno, Radom, Kozienice; razem — 95 Kas Chorych. — 2. Okręgowy Związek Kas Chorych w Krakowie obejmuje Kasy Chorych, działające w województwach: krakowskiem (18), cieszyńskiej części województwa śląskiego (2), a z województwa kieleckiego 12 Kas Chorych, działających w 13 powiatach (Częstochowa, Włoszczowa, Kielce, Iłża, Opatów, Zawiercie, Będzin, Jędrzejów, Olkusz, Miechów, Pińczów, Stopnica, Sandomierz), z województwa łódzkiego 2 Kasy Chorych w powiatach: Wieluń i Radomsko; razem — Kas Chorych 34. — 3. Okręgowy Związek Kas Chorych we Lwowie obejmuje Kasy Chorych w województwach: lwowskiem (25), stanisławowskiem (13), tarnopolskiem (13) i z województwa lubelskiego Kasy Chorych, działające w 8 powiatach (Lublin, Chełm, Janów, Krasnystaw, Hrubieszów, Biłgoraj, Zamość, Tomaszów); razem — Kas Chorych 59. — 4. Okręgowy Związek Kas Chorych w Poznaniu obejmuje bez zmiany, wszystkie Kasy Chorych w województwach poznańskiem i pomorskiem (55). — W porównaniu ze stanem poprzednim, przestały więc istnieć: Okręgowy Związek Kas Chorych w Wilnie (od 1-go października 1930 r.), przyłączony w całości do O. Z. K. Ch. w Warszawie, oraz Okręgowy Związek Kas Chorych w Łodzi, podzielony pomiędzy Okręgowe Związki Kas Chorych: w Warszawie (Kas Chorych 11) i w Krakowie (Kas Chorych 2).

Ze świata.

Szkoła Radjoterapeutyczna w Londynie. W roku bieżącym powstała w Londynie szkoła radjoterapji dla lekarzy (National Post-Graduate School of Radiotherapy) w szpitalu Mount Vernon oraz w Instytucie Radowym, w której zarządzie biorą udział też przedstawiciele uniwersytetu londyńskiego i Brytyjskiego Towarzystwa Radjologicznego. (The British Institute of Radiology). Kierownikiem szkoły jest Sir Cuthbert Wallace. Pierwsze wykłady rozpoczęły się w październiku u. r. Wobec coraz szerszego rozpowszechnienia się radjoterapji zapotrzebowanie wyszkolonych w tej dziedzinie specjalistów zwiększa się z dniem każdym. Nowo otwarta szkoła uczyni zadość wymaganiom chwili, dając możność licznym młodym lekarzom wyszkolenia się w radjoterapji, a uruchomienie jej jest bez wątpienia dużym krokiem naprzód w rozwoju tej gałęzi wiedzy lekarskiej w Anglji.

Szpital im. Marji Curie. Dnia 11. VII. 1930 r. P. Baldwin dokonał uroczystego otwarcia szpitala poświęconego leczeniu radem cierpień kobiecych im. Marji Curie, wybudowanego przy Fitzjohn's Avenue w Londynie. W uroczystości tej wzięli udział ambasadorowie Polski i Francji. Szpital ten powstał dzięki pracy grupy kobiet — lekarek członkiń Tow. Medical Women's Federation, przy pomocy komitetu badań nad rakiem. Posiada on znaczniejsze ilości radu, o wartości 12.000 funtów.

Dr. J. M. Woodburn Morison został powołany na nowo utworzoną katedrę radjologji w Uniwersytecie Londyńskim. Jest to pierwsza katedra radjologji w Anglji. Profesor Morison obejmuje równocześnie oddział radjologiczny w szpitalu dla rakowatych. (Cancer-Hospital).

Redakcja otrzymała:

Dimitracoff „Traitement des ulcères gastro-duodénaux par un nouvel extrait pancréatique". Odb. z La vie médicale du 10 Février 1930.

Celarek J. „Zarys lecznictwa swoistego w chorobach zakaźnych czyli surowice i szczepionki". Warszawa 1931.

Z. Sowiński i *M. Miller*, „Podręcznik diagnostyki i terapji". Poradnik lekarski. Nakładem Warszawskiej Ajencji wydawniczej „Delta". Warszawa 1931.